

***IL PROFILO DI SALUTE E DI EQUITÀ  
PER IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 – 2025  
DELLA REGIONE UMBRIA***

## INDICE

### ***Premessa***

#### **1. Il contesto demografico**

#### **2. Il contesto socio-economico e i determinanti di salute**

- Livello di istruzione
- Occupazione e livello socio-economico
- Caratteristiche delle famiglie
- Anziani e invecchiamento attivo

#### **3. Lo stato di salute**

- Mortalità
- Speranza di vita e stato di salute percepito
- Malattie croniche
- Infortuni sul lavoro e malattie professionali
- Incidenti stradali
- Incidenti domestici
- Salute mentale
- Salute materno-infantile
- Disabilità
- Consumo di antibiotici ed andamento epidemiologico delle resistenze batteriche

#### **4. I fattori di rischio comportamentali**

- Abitudine al fumo, consumo di alcol e uso di sostanze illecite
- Alimentazione e eccesso ponderale
- Sedentarietà e attività fisica
- Diseguaglianze ed equità
- Gioco d'azzardo

#### **5. L'ambiente**

#### **6. I programmi di popolazione**

- Vaccinazioni
- Screening oncologici

#### **7. L'epidemia da SARS CoV2**

- Andamento dell'epidemia in Umbria
- Focus dai sistemi di sorveglianza

#### **8. La sicurezza alimentare**

#### **9. La salute animale**

## Premessa

Il Piano Regionale della Prevenzione non può prescindere dalla descrizione del profilo di salute della popolazione umbra, che rappresenta sia un punto di partenza per identificare obiettivi e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione all'interno della regione, sia un bilancio di come le azioni messe in campo siano state efficaci nel migliorare la salute dei cittadini, al netto dell'azione dei determinanti su cui non agiscono le azioni del Piano.

Nel presente profilo, gli indicatori sono aggiornati per lo più al 2019, in alcuni casi comprendono anche un'analisi del 2020.

Nell'analisi degli indicatori di salute dei residenti si è dato risalto, ove possibile, oltre che al confronto geografico Umbria - Italia, anche ai trend temporali per valutare cosa si sia modificato negli ultimi anni.

Naturalmente, il confronto con i valori nazionali non esaurisce le dimensioni attraverso le quali definire obiettivi di salute: frequenza e rilevanza dei problemi di salute non variano solo per genere e diverse fasce di età ma anche per area territoriale.

Il presente profilo di salute "regionale" è stato redatto attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili ed è stato articolato in sette capitoli.

Il primo e il secondo sono dedicati alle caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione residente, essendo questi due elementi fortemente influenzanti la salute e i bisogni dei cittadini.

Il terzo capitolo è dedicato alla descrizione dello stato di salute attraverso dati provenienti da diverse fonti informative.

Il quarto capitolo presenta e descrive i principali fattori di rischio (soprattutto comportamentali) che condizionano fortemente la salute dei cittadini. Si tratta di fattori di rischio di interesse soprattutto per il macro obiettivo inerente le malattie croniche non trasmissibili. Azioni di prevenzione efficaci su questi fattori sarebbero potenzialmente in grado di assicurare un alto guadagno di salute, contribuendo alla sostenibilità del nostro sistema sanitario, gravemente minacciata dal carico di malattie croniche.

Il quinto capitolo approfondisce il tema dell'ambiente per quanto riguarda i principali fattori di rischio ambientali mentre il sesto fornisce un quadro rispetto alla qualità dei programmi di sanità pubblica.

Il settimo capitolo traccia una sintesi dell'andamento dell'epidemia da SARS Cov2 e, attraverso l'analisi dei sistemi di sorveglianza, degli effetti che si sono determinati sulla percezione della popolazione e su alcuni fattori di rischio comportamentali.

Infine, l'ottavo capitolo e il nono capitolo fanno il punto rispetto alla sicurezza alimentare e alla salute animale.

Il tema della lotta alle disuguaglianze legate a condizioni socio-economiche, etniche e di genere è trasversale a quasi tutti i capitoli, dove vengono descritti gli effetti dei determinanti sociali sulla distribuzione dei fattori di rischio, delle malattie e sull'accesso ai programmi di prevenzione efficaci.

## Capitolo 1 - Il contesto demografico

Fonti dei dati: ISTAT

La ricchezza nella disponibilità di dati e la necessità di delineare il profilo di salute della popolazione residente in Umbria, sono alla base della realizzazione di questo rapporto sintetico. Vengono infatti delineati i contorni del profilo della nostra popolazione a supporto delle altre informazioni disponibili, in modo da comprendere e contestualizzare eventuali differenze e fornire indicazioni utili alla programmazione sanitaria.

Nel 2020 la pandemia da SARS CoV-2 ha prodotto effetti non soltanto, per quanto prevalentemente, sulla mortalità ma anche sulla mobilità residenziale interna e con i Paesi esteri, arrivando a incidere persino sui comportamenti riproduttivi (nell'ultimo mese dell'anno) e nuziali. Ne scaturisce un quadro globale, già di per sé fortemente squilibrato da dinamiche demografiche deboli sul versante del ricambio della popolazione, nel quale le stesse problematiche risultano accentuate e moltiplicate.

### Il calo della popolazione

L'Italia al 1/1/2020 contava 59.641.488 abitanti. Al 01/01/2021 si stima che sia passata a 59.257.566 con un calo di circa 384.000 abitanti (-6,4 x 1000 residenti).

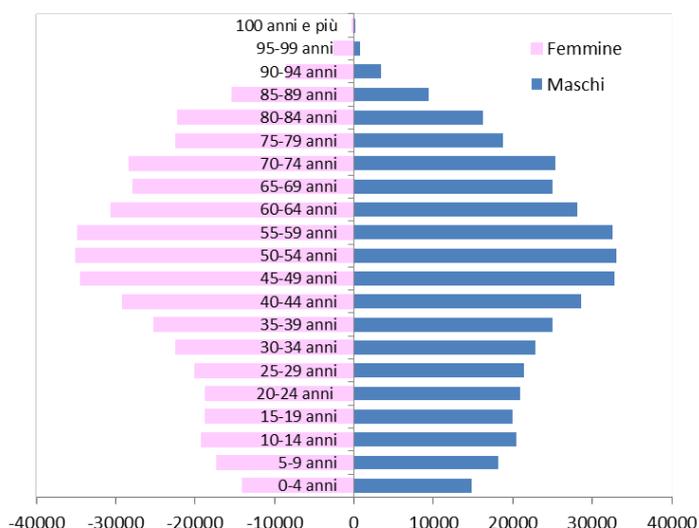
L'Umbria nello stesso intervallo è passata da 870.165 a 865.013 abitanti, con un decremento di 5.9 x 1000 residenti.

In questo anno si osserva un ulteriore calo delle nascite pari a 6.0 x 1000 abitanti (rispetto a 6.4 del 2019) e un massimo di decessi pari a 12.8 x 1000 abitanti (rispetto a 11.7 del 2019) con una dinamica naturale negativa di 5884 unità.

Il riflesso di tali andamenti comporta un'ulteriore riduzione della popolazione residente in Umbria, scesa al 01/01/2021 a 865.013 persone. Ininterrottamente in calo da 8 anni consecutivi, e specificamente dal 2013 quando raggiunse la cifra record di 892.742 residenti, l'ammontare della popolazione registra nel 2020 una riduzione di 5.152 unità sull'anno precedente (-5,9 x 1000 residenti).

Di seguito (fig. 1) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia lo spostamento della popolazione verso le classi di età più avanzate. La fascia di età più rappresentata è 50-54 anni per entrambi i sessi.

Fig. 1 - Popolazione residente per sesso e fasce d'età al 01/01/2021. Umbria



Complessivamente la popolazione è composta per il 48.3% da maschi e 51,7% da femmine.

La fascia di età tra 0-14 anni rappresenta il 12.0% del totale, quella di 15-64 anni il 61.8% mentre la popolazione anziana (65 anni e +) è arrivata al 26,2%. L'età media è 47.5 anni, superiore rispetto a quella media italiana (46.0 anni). Si riduce il numero delle nascite rispetto al 2019 (-5.9%) e il numero medio di figli per donne in età fertile (1.15 vs 1.24 Italia). L'età media al parto è 32.3 anni (vs 32.2 in Italia). In tabella 1 si riportano i principali indicatori di bilancio demografico.

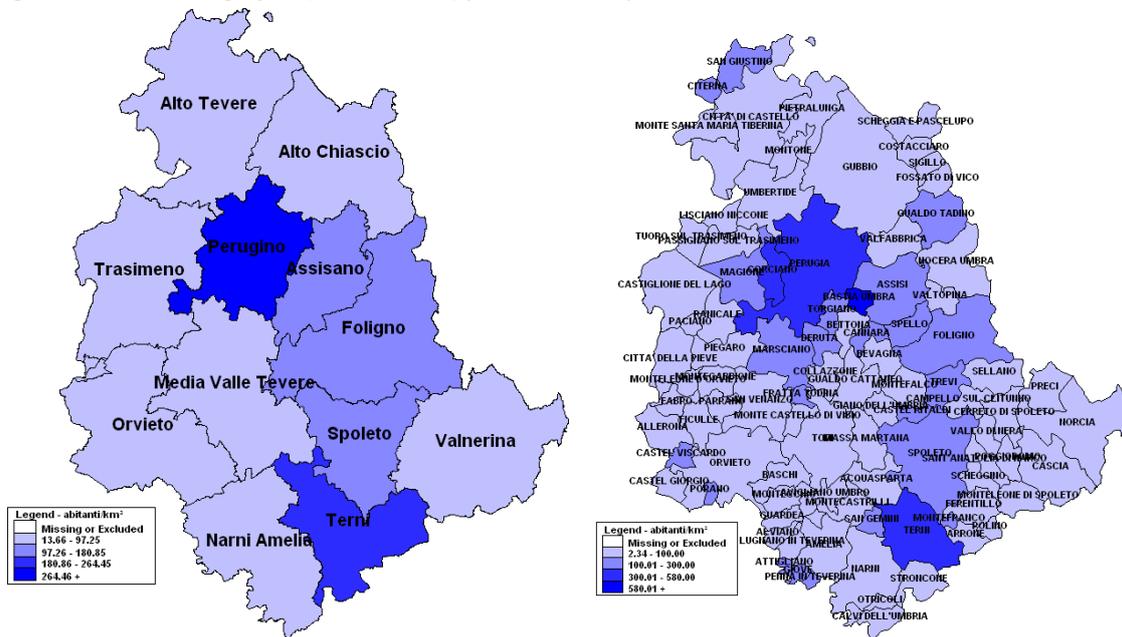
Tab. 1 -Indicatori di bilancio demografico anno 2020 Tassi x 1000 residenti. Confronto Umbria Italia.

Ripartizioni	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero	Tasso migratorio totale
<b>Umbria</b>	6.0	12.8	-6.8	0.6	1.8	2.4
<b>ITALIA</b>	6.8	12.6	-5.8	0.0	1.3	1.3

**La densità abitativa**

La densità demografica sul territorio regionale è pari a 102.2 abitanti/Km2, circa la metà del valore medio nazionale (196.2); nella provincia di Perugia essa si attesta a 101,5 e in quella di Terni a 104,2. I distretti mostrano una diversa densità demografica passando da 348 abitanti/Km2 nel Distretto del Perugino a 13.7 in quello della Valnerina. Anche tra i comuni si osserva una grande variabilità passando da 771 abitanti/Km2 a Bastia Umbra a 2.34 a Poggiodomo (fig. 2).

Fig. 2 - Densità demografica (abitanti/Km<sup>2</sup>) per distretto e per comune di residenza al 01/01/2021. Umbria



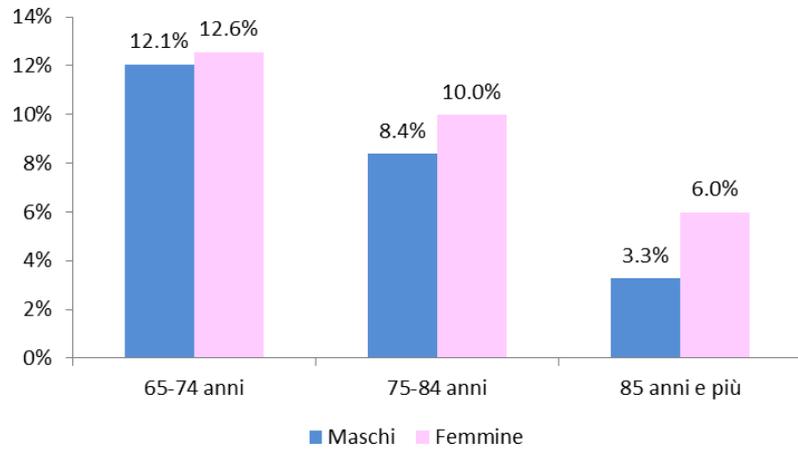
**La popolazione anziana**

01/01/2021 in **Italia** gli anziani (65 anni e più) costituiscono il 23.5% della popolazione residente. **Umbria** sono il **26.2%**.

La popolazione umbra di 65 anni e più è costituita da 226.502 soggetti, pari al 26.2% della popolazione residente totale. Questa percentuale, in costante aumento, colloca l'Umbria tra le regioni più anziane. È costituita per il 43,7% da maschi e per il 56.3% da femmine.

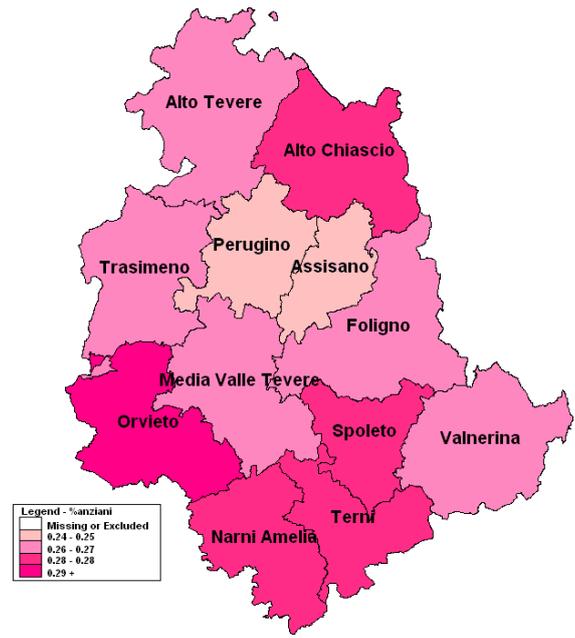
Di seguito (fig. 3) si riporta la distribuzione di questa parte di popolazione per sesso e fasce di età che conferma la prevalenza del sesso femminile.

Fig. 3 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per sesso e fasce di età al 01/01/2021. Umbria



La percentuale di popolazione di 65 anni e più ha una grande variabilità nel territorio regionale, andando dal 23.9% del distretto dell'Assisano fino a raggiungere la sua maggior concentrazione nel distretto dell'Orvietano (29.9%)(fig. 4).

Fig. 4 - Popolazione residente (%) di 65 anni e più per distretto di residenza al 01/01/2021. Umbria



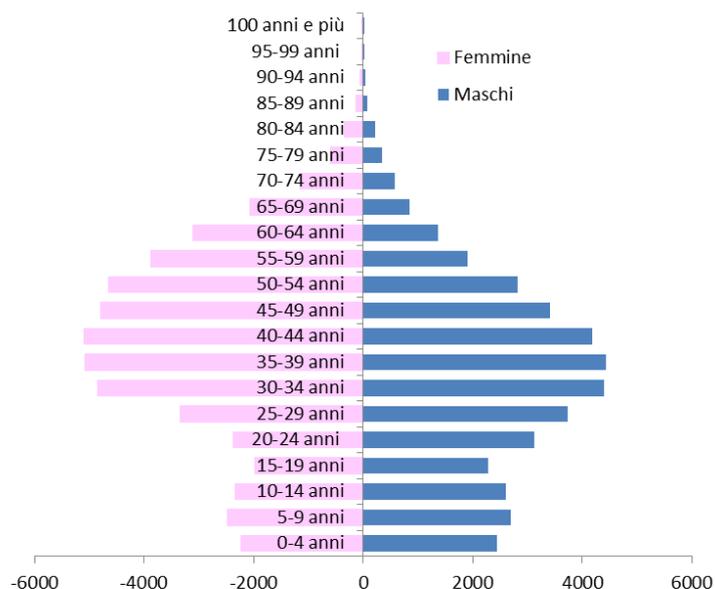
**Il contributo degli stranieri**

01/01/2021 in **Italia** gli stranieri costituiscono l'8.5% della popolazione residente. In **Umbria** sono il **10,6%**.

La popolazione straniera umbra è costituita da 92.083 soggetti, pari al 10.6% della popolazione residente totale. Per il 45% sono maschi e il 55% sono femmine.

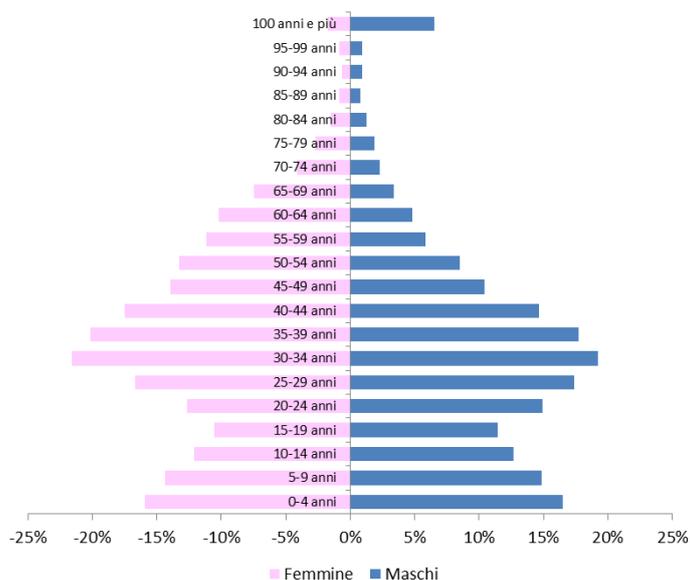
Di seguito (fig. 5) si riporta la distribuzione della popolazione per sesso e fasce di età quinquennali (piramide delle età) che evidenzia, in confronto con la popolazione totale umbra, una maggior distribuzione nelle fasce di età più giovani. La fascia di età più rappresentata è 35-39 anni per i maschi e 40-44 anni per le femmine.

Fig. 5 - Popolazione residente straniera per sesso al 01/01/2021. Umbria



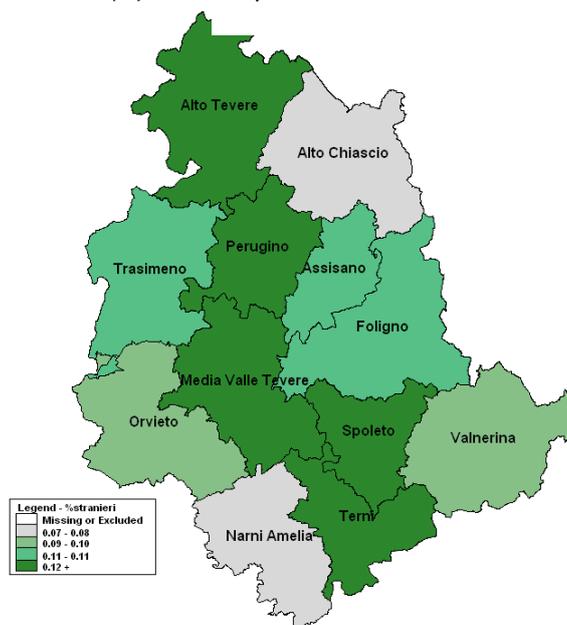
La quota di stranieri raggiunge la maggior percentuale sul totale della popolazione residente in entrambi i sessi tra i 30-34enni. L'alta percentuale di stranieri tra i maschi con 100 anni e più è frutto della bassa numerosità di popolazione in questa fascia di età (fig. 6).

Fig. 6 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera per sesso e classe d'età al 01.01.2021. Umbria



Nella popolazione di 6-10 anni la componente straniera rappresenta in entrambi i sessi il 14% dei residenti. Tra i 18-69enni circa il 13% sono stranieri. La quota di stranieri diminuisce all'aumentare dell'età, passando dal 16.5% dei 18-34enni, al 15.4% dei 35-49enni fino all'8.4% dei 50-69enni. Infine, tra gli ultra 64enni, la percentuale di stranieri rappresenta l'1.9%, passando dal 3.0% nei 65-74enni fino ad arrivare allo 0.5% negli ultra 84enni. Anche la popolazione straniera si distribuisce nel territorio regionale in maniera disomogenea, andando dal 7.1% del distretto dell'Alto Chiascio all' 11.9% del distretto del perugino (fig. 7).

Fig. 7 - Popolazione residente (%) straniera per distretto di residenza al 01/01/2021 in Umbria



### La composizione per cittadinanza

Nel 2019 il 61,5% degli stranieri residenti in Umbria proviene dall'Europa, il 20,3% è originario di un paese africano mentre i cittadini di Asia e America rappresentano, rispettivamente, il 9,9% e l'8,2% del totale. Del tutto residuali le presenze dall'Oceania e quelle delle persone senza cittadinanza (apolidi).

Gli stranieri cittadini di un paese dell'Unione europea rappresentano il 35,5% del totale e quelli dall'Europa centro-orientale il 25,8%. Con riferimento all'Africa, l'area settentrionale è quella maggiormente rappresentata (13,1% del totale stranieri), seguita da quella occidentale (5,7%). I cittadini asiatici provengono in prevalenza da paesi orientali o centro-meridionali del continente (rispettivamente 5,1% e 4,1%). Infine, il 7,5% di tutti gli stranieri residenti è originario di un paese dell'America centro-meridionale.

Il rapporto di genere nella popolazione straniera è eterogeneo rispetto alle varie provenienze. L'incidenza della popolazione femminile prevale tra gli europei (60,7%) e tra gli americani (60,4%). È minoritaria tra gli africani (41,3%), soprattutto tra i cittadini dell'area occidentale del continente (30,6%) mentre l'Africa centro-meridionale si differenzia dal resto del continente per una presenza di donne superiore alla media (51,5%). Gli asiatici registrano una quota di popolazione femminile pari al 44,1%, con valori inferiori alla media per le comunità dell'Asia centro-meridionale (33,0%) mentre dall'area orientale del continente provengono in maggioranza donne (53,4%).

Rispetto alla media nazionale, nel 2019 in Umbria è maggiore la quota di europei (61,5% contro 49,6%) ed è inferiore quella di asiatici (9,9% contro 21,0%). L'incidenza dei vari continenti risulta diversa a seconda della provincia di riferimento. In quella di Terni è più elevata la quota di europei (66,7%) e di asiatici (14,9%) mentre africani e americani sono relativamente più presenti a Perugia (22,5% e 9,2%, rispettivamente).

In Umbria, le prime 10 nazionalità estere, in ordine di numerosità, aggregano il 71,7% degli stranieri residenti e rappresentano, in prevalenza, i paesi dell'Europa balcanica o orientale; in Italia, le medesime dieci collettività ne rappresentano il 59,2%. I cittadini rumeni coprono il 27,1% del totale degli stranieri residenti e costituiscono la comunità più numerosa. Essi mostrano un'incidenza più accentuata rispetto a quanto si registra nel complesso del Paese (22,7%). Seguono i cittadini albanesi, che rappresentano il 13,0% del totale (l'8,4% in Italia) e quelli del Marocco, con il 10,0% (8,2% a livello nazionale) mentre il peso degli altri paesi, a partire dall'Ucraina (5,1%), è decisamente inferiore. La comunità latino-americana più numerosa è quella dell'Ecuador (3,1%). Tra gli asiatici prevalgono i cinesi con il 2,7%, la quota è, però, pari a meno della metà di quella che si osserva a livello nazionale (5,7%)

## Capitolo 2 - Il contesto socio-economico e i determinanti di salute

Fonti dei dati: Ministero dell'istruzione, ISTAT, BES 2020, Passi D'Argento (PDA)

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute: persone maggiormente istruite, con un lavoro, un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche.

### Livello di istruzione

La scuola concorre allo sviluppo del capitale umano di un territorio, oltre che a quello intellettuale e cognitivo dello studente, favorendo l'inserimento sociale, lavorativo, la cura di sé e l'orientamento nei servizi sociali e sanitari, come confermato ormai da numerosi studi.

Al 31 dicembre 2019, tra gli 811.201 umbri di 9 anni e più, il 38,4% ha un diploma di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale, il 25,5% la licenza di scuola media e il 15,7% la licenza elementare. Le persone con un titolo terziario o superiore sono il 15,7%: il 4,1% ha conseguito un titolo di primo livello, l'11,2% uno di secondo.

Le persone analfabete rappresentano lo 0,5% della popolazione di 9 anni e più mentre gli alfabeti privi di titolo di studio sono il 4,3%.

Tra gli individui dai 55 anni in su, il 61,2% ha un basso livello di istruzione e il 38,7% possiede un titolo di studio medio-alto (di cui solo il 10,1% ha conseguito un titolo di studio elevato). Tra questi ultimi prevalgono gli uomini (44,3% vs 34,4%), mentre la quota di donne con basso livello di istruzione è superiore a quella maschile (65,7% vs 55,8%).

Tra il 2011 e il 2019, in Umbria il livello dell'istruzione è migliorato, in linea con quanto si registra a livello nazionale. La quota di coloro che sono senza titolo di studio o ne posseggono uno fino alla scuola secondaria di primo grado nel 2011 rappresentava oltre la metà della popolazione con 9 anni e più (53,2%) ed ora si attesta al 45,9%. All'opposto, la percentuale di persone con un titolo di studio secondario o superiore passa dal 46,8% al 54,1%. La crescita dei titoli di studio più alti beneficia soprattutto quelli terziari (+22,2%), in particolare quelli di Alta formazione (compresi i dottorati di ricerca) che arrivano a superare gli analfabeti (3.925 contro 3.768).

Rispetto alla situazione nazionale, in Umbria il grado d'istruzione presenta un profilo caratterizzato da un peso maggiore di titoli di studio secondario (+2,7 punti percentuali) e terziario o superiore (+1,5 punti percentuali). All'interno della regione, la provincia di Terni presenta una quota leggermente più elevata di persone con titolo di studio secondario di secondo grado (38,8% contro 38,2% di Perugia). La differenza tra i due territori diventa un po' più ampia se si considera il peso dei soli titoli di studio terziario o superiore: la provincia di Perugia si attesta al 16,0%, quella di Terni al 14,9%.

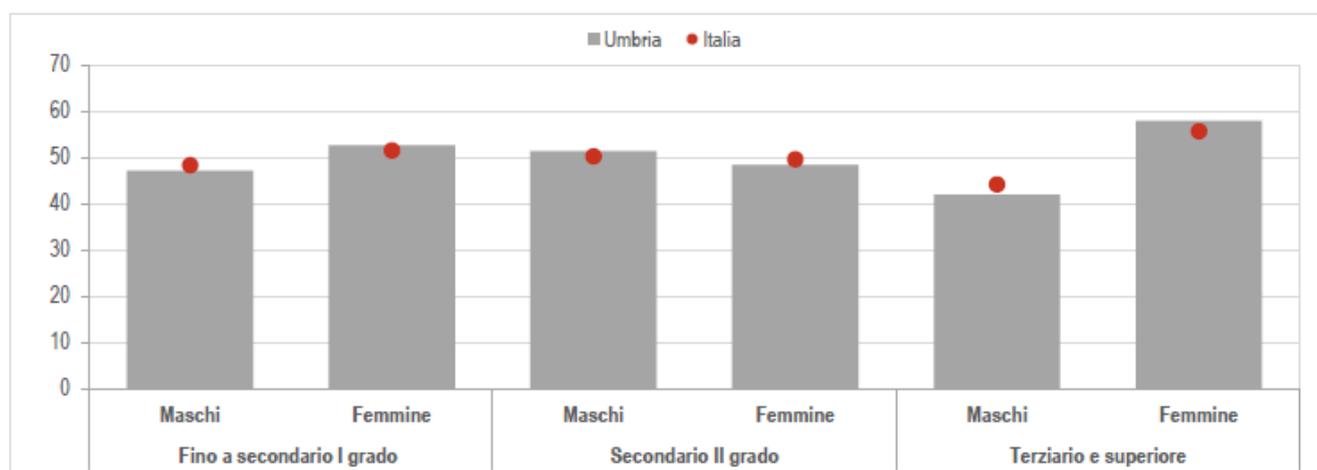
La distribuzione percentuale della popolazione per grado di istruzione nei diversi comuni mostra come l'istruzione più elevata sia più diffusa nei centri di grandi dimensioni rispetto a quelli più piccoli. Tra i primi cinque comuni con la percentuale più elevata di istruzione terziaria o superiore ricadono i due capoluoghi di provincia Perugia (22,5%) e Terni (17,0%), quote analoghe si riscontano anche a Corciano (18,6%), Foligno (16,6%) e Orvieto (16,6%). Viceversa, la percentuale di popolazione con al più la scuola secondaria di primo grado è maggiore nei comuni montani e meno popolosi: a Monteleone di Spoleto, Poggiodomo e Polino, tre piccoli centri della Valnerina, si attesta intorno al 60%.

La distribuzione dei titoli di istruzione per genere in Umbria, come nel complesso del Paese, è caratterizzata da una traiettoria di recupero e avanzamento nei percorsi scolastici delle donne, che rappresentano la maggioranza nei titoli di studio più bassi, giungono a un equilibrio tra i diplomati e arrivano a superare la componente maschile nell'istruzione terziaria.

Nel 2019, le donne rappresentano la maggioranza in coloro che hanno al massimo un'istruzione secondaria di primo grado: 52,7% in Umbria e 51,6% in Italia. La differenza è particolarmente accentuata fino alla licenza elementare, dove la preponderanza della componente femminile si attesta, nella regione, intorno al 60%. La netta prevalenza del genere femminile tra coloro che hanno un titolo di studio basso o ne sono sprovvisti è da attribuire alla preponderanza di popolazione anziana di essi, dove le donne sono la maggior parte.

La distribuzione per genere è più equilibrata in corrispondenza dei diplomi di scuola secondaria di secondo grado o di qualifica professionale: le donne sono il 48,5% dei diplomati contro il 51,5% degli uomini (rispettivamente 49,7% e 50,3% in Italia). Invece, tra coloro che possiedono un titolo di istruzione terziario o superiore le donne sono il 58% e gli uomini il 42% (55,8% e 44,2% a livello nazionale) (fig.8).

Fig. 8 - Popolazione di 9 anni e più per grado di istruzione e genere. Umbria e Italia. Anno 2019. Composizione percentuale



Fonte - Il censimento permanente della popolazione in Umbria. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019. Istat

In Umbria sono presenti 805 sedi scolastiche statali (312 infanzia, 285 primaria, 112 secondaria di I grado, 350 secondaria di II grado). Gli **iscritti negli istituti scolastici** e ai servizi educativi per l'infanzia in Umbria nell'anno 2020-2021 sono stati circa 115.000, dei quali il 3,7% sono alunni con disabilità (tab. 2).

Tab. 2 - Alunni, classi e alunni con disabilità delle scuole statali per regione e livello scolastico\_ A.S. 2020/2021

Regione	Infanzia			Primaria			I grado			II grado		
	Alunni	Sezioni	Alunni con disabilità	Alunni	Classi	Alunni con disabilità	Alunni	Classi	Alunni con disabilità	Alunni	Classi	Alunni con disabilità
Piemonte	63.416	3.028	1.283	167.534	8.947	6.204	111.591	5.322	4.457	176.925	8.155	4.839
Lombardia	106.683	4.746	2.829	412.089	20.456	18.907	268.011	12.375	13.905	386.862	17.155	9.683
Veneto	40.333	1.920	896	201.779	10.644	7.275	134.355	6.359	5.124	205.888	9.091	4.352
Friuli V.G.	14.406	752	324	46.182	2.608	1.520	30.641	1.529	1.073	49.813	2.521	1.133
Liguria	19.059	839	460	51.807	2.792	2.438	36.624	1.711	1.753	62.615	2.820	2.201
Emilia R.	49.317	2.219	1.059	181.622	8.925	7.107	119.612	5.331	4.780	196.636	8.554	6.289
Toscana	60.577	2.694	1.127	143.646	7.240	5.317	99.543	4.554	3.913	167.958	7.723	5.782
Umbria	16.422	749	311	35.526	1.999	1.350	23.785	1.131	1.038	39.389	1.884	1.577
Marche	29.151	1.356	622	62.633	3.379	2.467	41.630	1.960	1.639	72.187	3.333	2.327
Lazio	81.877	3.727	2.265	231.825	11.956	11.160	157.046	7.400	6.672	251.989	11.472	7.432
Abruzzo	26.358	1.230	678	51.975	2.877	2.349	34.245	1.709	1.547	56.869	2.776	2.117
Molise	5.076	285	78	10.851	676	378	7.134	397	268	13.384	697	453
Campania	112.752	5.880	2.617	245.203	13.954	11.090	181.147	9.363	7.714	310.635	14.594	8.644
Puglia	76.645	3.673	1.651	167.335	8.821	6.457	113.672	5.468	4.550	204.624	9.750	6.626
Basilicata	10.373	537	163	20.714	1.267	596	14.347	794	437	28.465	1.494	733
Calabria	37.976	1.956	709	80.160	4.913	2.986	52.872	2.895	2.090	97.093	5.024	2.948
Sicilia	101.786	5.067	2.308	214.341	11.859	10.313	145.994	7.381	7.482	240.386	11.558	7.883
Sardegna	24.025	1.222	527	58.804	3.450	2.520	39.867	2.222	1.989	73.392	3.903	2.880
<b>Italia</b>	<b>876.232</b>	<b>41.880</b>	<b>19.907</b>	<b>2.384.026</b>	<b>126.763</b>	<b>100.434</b>	<b>1.612.116</b>	<b>77.901</b>	<b>70.431</b>	<b>2.635.110</b>	<b>122.504</b>	<b>77.899</b>

Fonte - Focus "Principali dati della scuola – Avvio Anno Scolastico 2020/2021". Elaborazione su dati del Ministero dell'Istruzione - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica

La tabella 3 riporta la distribuzione regionale degli studenti per percorso di studio. In Umbria il 55,7% degli studenti sceglie il percorso liceale, il 27,5% un percorso tecnico e il 16,8% un percorso professionale.

Tab. 3 - Alunni delle scuole secondarie di II grado statali per regione e percorso di studio\_ A.S. 2020/2021

Regione	Percorso di studio			Totale
	Licei	Tecnici	Professionali	
Piemonte	86.284	60.291	30.350	176.925
Lombardia	182.955	139.168	64.739	386.862
Veneto	87.562	78.966	39.360	205.888
Friuli Venezia Giulia	23.247	18.532	8.034	49.813
Liguria	32.760	17.608	12.247	62.615
Emilia Romagna	86.275	69.792	40.569	196.636
Toscana	85.695	50.066	32.197	167.958
Umbria	21.939	10.828	6.622	39.389
Marche	35.568	22.062	14.557	72.187
Lazio	157.232	63.148	31.609	251.989
Abruzzo	32.380	17.277	7.212	56.869
Molise	6.979	4.322	2.083	13.384
Campania	164.426	84.462	61.747	310.635
Puglia	99.147	64.532	40.945	204.624
Basilicata	14.559	8.091	5.815	28.465
Calabria	47.863	31.116	18.114	97.093
Sicilia	124.865	68.518	47.003	240.386
Sardegna	37.707	22.081	13.604	73.392
<b>Italia</b>	<b>1.327.443</b>	<b>830.860</b>	<b>476.807</b>	<b>2.635.110</b>

Fonte - Focus "Principali dati della scuola – Avvio Anno Scolastico 2020/2021". Elaborazione su dati del Ministero dell'Istruzione - Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica

Il dato relativo agli studenti con cittadinanza non italiana presenti nelle scuole statali, distribuito per regione e per livello scolastico mostra una quota di alunni **stranieri** pari al 14,1% del totale degli iscritti, in linea con il dato demografico.

Il rapporto BES 2020 per quanto riguarda il dominio istruzione e formazione analizza alcuni indicatori che seguono il percorso formativo nell'arco della vita, in un processo che inizia con la frequenza del nido fin dalla più tenera età e con la scuola dell'infanzia, per poi estendersi oltre la scuola secondaria e l'università con la formazione continua e, più in generale, con le attività di partecipazione culturale.

Il primo passo del percorso formativo è l'inserimento dei bambini in età 0-2 anni nei servizi dedicati alla prima infanzia. Anche se l'inserimento dei bambini di 0-2 anni nelle strutture per la primissima infanzia è cresciuto nel tempo in Italia, dal 15,4% nel triennio 2008-2010 al 28,2% nel triennio 2018-2020, il livello è inferiore all'obiettivo europeo di almeno 1 bambino su 3 fissato per il 2010. L'Umbria, tuttavia, è tra le regioni in cui l'inclusione è più elevata (33,8%) della media nazionale.

Arrivati all'età di 4-5 anni, la quasi totalità dei bambini sono, comunque, inseriti nei percorsi educativi: in Umbria frequentano la scuola dell'infanzia o il primo anno di scuola primaria circa il 96% di bambini (95% Italia), una percentuale che corrisponde anche al target europeo da raggiungere nel 2020.

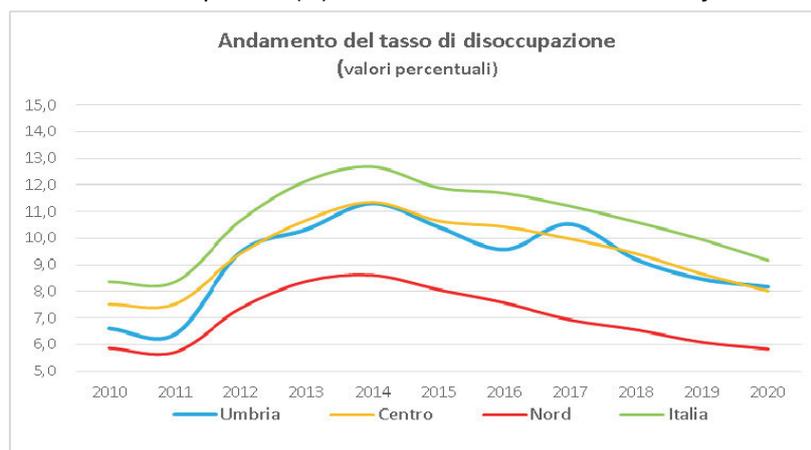
Per monitorare i gradini successivi della scala per il raggiungimento di un livello di istruzione adeguato, uno degli indicatori principali è la quota di persone di 25-64 anni con almeno il diploma superiore. Nel secondo trimestre 2020, in Italia, il 62,6% delle persone di 25-64 anni ha almeno il diploma superiore rispetto a una media europea del 79%, 16 punti percentuali in meno; tuttavia in Umbria il dato raggiunge il 71%.

Per quanto riguarda la competenza alfabetica e numerica non adeguata (% di studenti delle classi II della scuola secondaria di secondo grado che non raggiungono un livello sufficiente di competenza alfabetica o numerica), l'Umbria si colloca in una posizione migliore rispetto alla media nazionale (28,4% e 33,2% vs 30,4% e 37,8%), mentre si trova in una posizione lievemente peggiore per quanto riguarda la lettura di libri e quotidiani (37,9% vs 39,2%) e la fruizione di biblioteche (10,8% vs 12,8%).

## Occupazione e livello socio-economico

Nel 2020, il numero di occupati dell'Umbria, pari a 356 mila (l'1,6 % del totale nazionale pari a oltre 22 milioni 904 mila unità), è diminuito dell'1,8% rispetto al 2019 (-1,9 % la media italiana). Rispetto al 2019, si osserva una riduzione del tasso di disoccupazione che nel 2020 registra il livello più basso dal 2013 attestandosi all'8,2% (la media italiana è 9,2 %), complice l'aumento della popolazione inattiva che, conseguentemente alla crisi pandemica, ha riguardato il mercato del lavoro italiano (fig. 9).

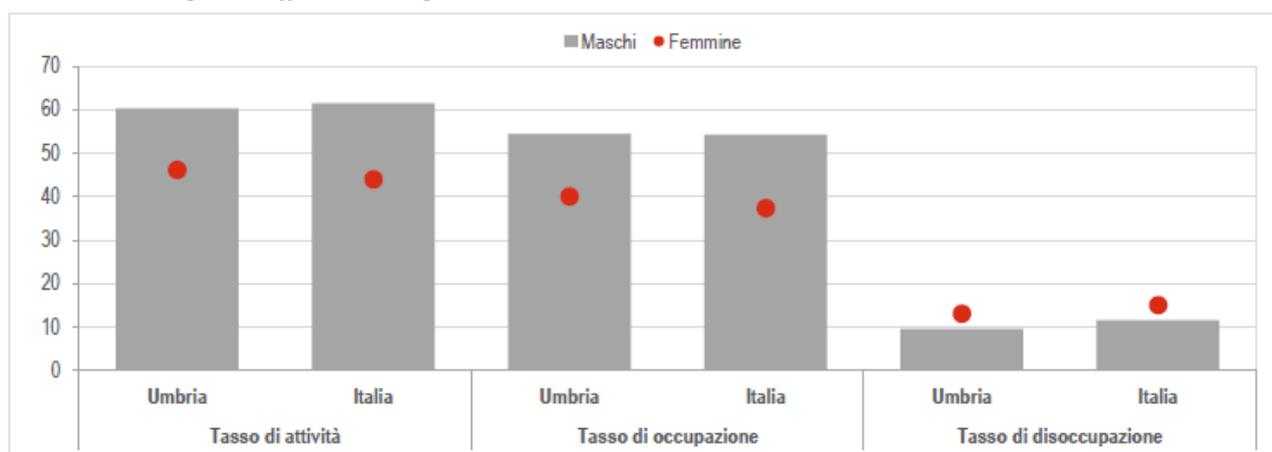
Fig. 9 – Tasso di disoccupazione (%). Trend 2010 – 2020. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

Permane, tuttavia, lo squilibrio di genere e assume valori analoghi a quelli che si riscontrano nel complesso del Paese. Nel 2019, in Umbria il tasso di occupazione maschile è del 54,5% mentre quello femminile si attesta al 40,1%. Il tasso di disoccupazione è invece pari, rispettivamente, a 9,6% e 13,2% per uomini e donne. A livello nazionale, il divario di genere è di 17,5 punti per il tasso di attività contro i 14,1 dell'Umbria e registra la stessa differenza che in Umbria per il tasso di disoccupazione (3,5 punti) (fig. 10).

Fig. 10 - Differenziali di genere nel mercato del lavoro, Umbria e Italia. Censimento 2019

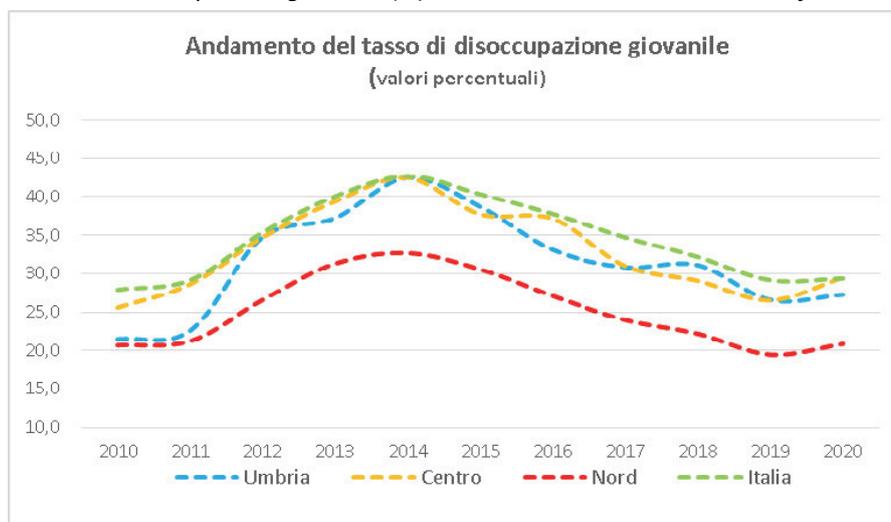


Fonte - Il censimento permanente della popolazione in Umbria. Prima diffusione dei dati definitivi 2018 e 2019. Istat

Il tasso di disoccupazione giovanile 15-24 anni raggiunge nel 2020 una quota pari al 27,2% (+0,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente), inferiore alla media nazionale (29,4%) pur rimanendo a livelli elevati (fig. 11). I giovani

che non lavorano e non studiano, cosiddetti NEET (Not in Education, Employment or Training), sono il 20% dei 15-29enni umbri (media Italia 23,9%)

Fig. 11 - Tasso di disoccupazione giovanile (%). Trend 2010 – 2020. Umbria e confronto nazionale

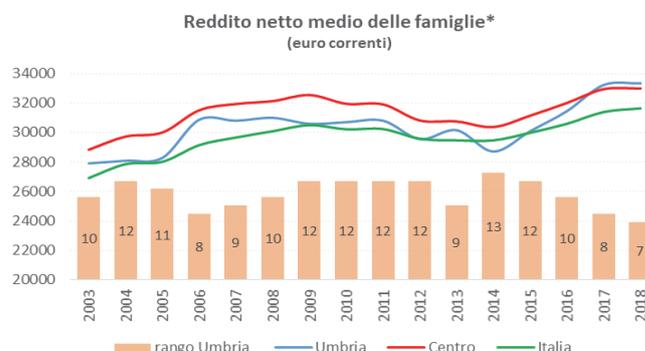


Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

L'Istituto Nazionale di Statistica, tramite l'Indagine su reddito e condizioni di vita (EuSilc), attribuisce, per il 2018, alle famiglie residenti in Umbria un reddito netto annuo medio (esclusi i fitti figurativi) pari a 33.338 euro, ossia 2.778 euro al mese. Tale reddito è superiore a quello medio nazionale - pari a 31.641 euro - e a quello stimato per il complesso delle regioni del centro (32.988€/annui).

Negli anni dal 2014 al 2018, dopo una fase in cui il reddito medio familiare umbro ha cessato di crescere, si registra invece una nuova fase espansiva (fig. 12). La stima dei redditi delle famiglie italiane nel 2018 colloca l'Umbria al settimo posto nella classifica delle regioni italiane, preceduta solamente, in ordine, da provincia di Bolzano, Lombardia, Veneto, provincia di Trento, Emilia Romagna e Toscana. Pertanto, la variazione dei redditi delle famiglie umbre nel periodo 2007-2018, grazie alla forte spinta dell'ultimo quadriennio, mostra nominalmente un segno positivo (+8,2% contro il +3,3% medio delle regioni del Centro e il +6,7% medio nazionale) che però nasconde una decrescita in termini reali (-7,8% in Umbria, -12% nel Centro e -9% in Italia).

Fig. 12 – Reddito medio delle famiglie (euro). Trend 2003 – 2018. Umbria e confronto nazionale



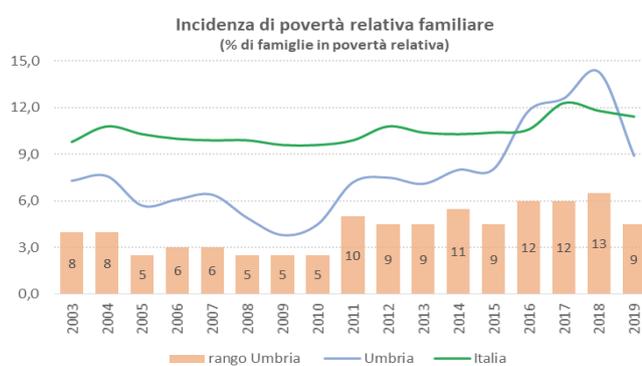
Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

Il coefficiente di Gini, relativo alla distribuzione del reddito medio delle famiglie umbre ed espressione di disuguaglianza, è cresciuto da 0,29 a 0,32 negli anni della crisi, per poi decrescere negli anni seguenti, a significare una riduzione della disomogeneità distributiva. Nel 2018, nella nostra regione, l'indice di Gini (0,29) torna ai livelli pre-crisi (fig. 13). In ogni caso, in Umbria le disuguaglianze provenienti dalla distribuzione del reddito sono meno accentuate rispetto a quanto rilevato nel resto del Paese: i valori umbri di detto indice, simili a quelli rilevati nelle regioni del Nord-Est, sono costantemente inferiori a quelli osservati nel Nord-Ovest, nel Centro e nel Mezzogiorno. L'andamento della povertà relativa in Umbria mostra un trend sostanzialmente decrescente fino al 2010 (fig. 14). A partire dal 2011, quando gli effetti della crisi economico-finanziaria diventano manifesti in termini di aumento della povertà, la quota di famiglie povere cresce rapidamente: l'incidenza di queste sul totale delle famiglie passa dal 4,5% del 2010 al 14,3% del 2018. Nel 2019 la percentuale di famiglie povere scende, collocandosi all'8,9%; tale valore - seppur raddoppiato rispetto a quello del 2010 - pone nuovamente la regione sotto il dato medio nazionale (11,4%) superato nel solo triennio 2016-2018.

Fig. 13 – Coefficiente di Gini. Trend 2003 – 2018. Umbria e confronto nazionale



Fig. 14 – Incidenza di povertà relativa familiare (%). Trend 2003 – 2019. Umbria e confronto nazionale



Fonte: Umbria. Analisi socio-economica: uno sguardo d'insieme – Servizio Supporto al sistema di controllo strategico. Trasparenza, anticorruzione, privacy e tutela dei consumatori – Direzione Regionale Risorse, programmazione, cultura, turismo

Fortemente associato alla crisi economica, il sovraccarico del costo dell'abitazione è uno degli aspetti che più mette alla prova le famiglie. In Umbria la percentuale di persone che vivono in famiglie dove il costo totale dell'abitazione in cui si vive rappresenta più del 40% del reddito familiare netto era nel 2019 pari al 4,2%, nettamente inferiore alla media nazionale (8,7%).

## Caratteristiche delle famiglie

Attualmente le famiglie, pur rimanendo il fulcro delle politiche di welfare e l'ambito principale di inclusione e cittadinanza, di sviluppo delle relazioni, di supporto, di cura e spesso l'ammortizzatore sociale più efficace, hanno notevolmente modificato la propria forma e composizione. Si pensi alle attuali dinamiche di formazione e scioglimento delle coppie, alle nuove forme di convivenza, al ritardo con cui i giovani abbandonano la famiglia di origine per costituirne una propria, all'erosione della numerosità familiare e ai cambiamenti del ruolo della donna nella società, con la riduzione del tempo dedicato all'ambiente domestico a vantaggio di un maggior impegno nel mondo del lavoro.

Nel 2019 le famiglie umbre erano 388.270, con una composizione media di 2,24 individui. Negli ultimi 5 anni si rileva il progressivo assottigliamento delle dimensioni familiari: dal 2014 al 2019 il numero delle famiglie aumenta, con una variazione media annua dello 0,28%, ma il numero medio di componenti diminuisce.

Nel 2019 le famiglie unipersonali in Umbria erano il 35,5%, in aumento negli ultimi anni (erano il 30,5% nel 2014) e con un valore più alto rispetto a quello medio nazionale (33,3%). Le famiglie numerose (5+ componenti) rappresentano il 5,5% delle famiglie, sopra la media nazionale (5,3%) e in aumento nell'ultimo biennio dopo un trend in calo fino al 2017.

Diminuiscono le coppie con figli, pari al 50% del totale (erano il 55,3% nel 2014), e aumentano le famiglie monogenitore (13,6% vs 11,5%), anche se con un valore inferiore rispetto alla media nazionale (16,8%).

Più di una famiglia su due (57,3%) è costituita da over60enni soli, prevalentemente donne.

La condizione abitativa delle famiglie umbre è solida. Nel 2019 l'86% delle famiglie umbre risiede in abitazione di proprietà e il 14% in affitto, con dati migliori sia rispetto alla media italiana (rispettivamente del 79% e del 21%) sia rispetto anche a tutte le altre regioni, fatta eccezione per il Molise.

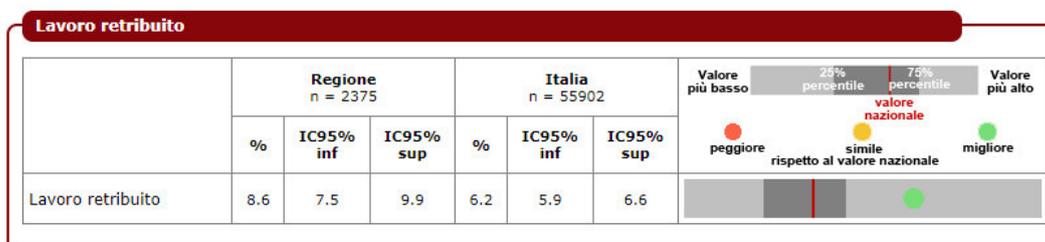
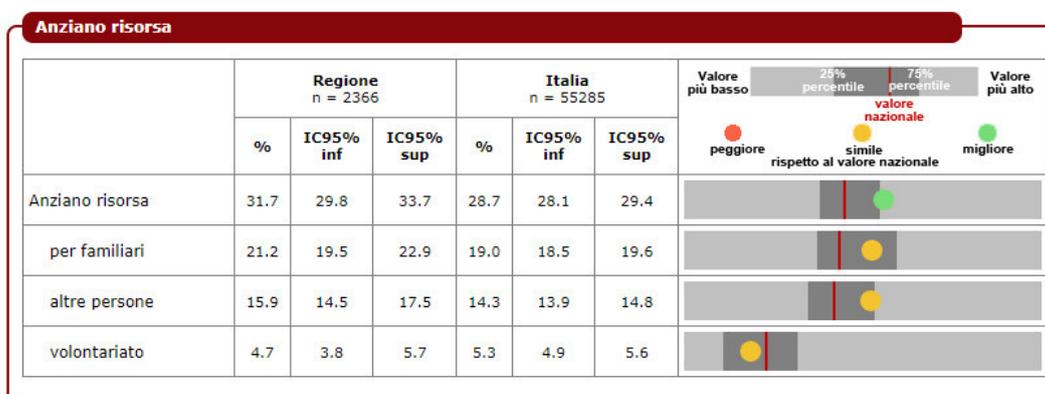
Secondo il rapporto BES 2020, la percentuale di persone che vivono in una condizione di grave deprivazione abitativa (ovvero in abitazioni sovraffollate e con problemi strutturali dell'abitazione o senza bagno/doccia con acqua corrente o con problemi di luminosità), sono in Umbria il 6,9 % a fronte del 7,4% italiano.

## Anziani e invecchiamento attivo

### Partecipazione sociale

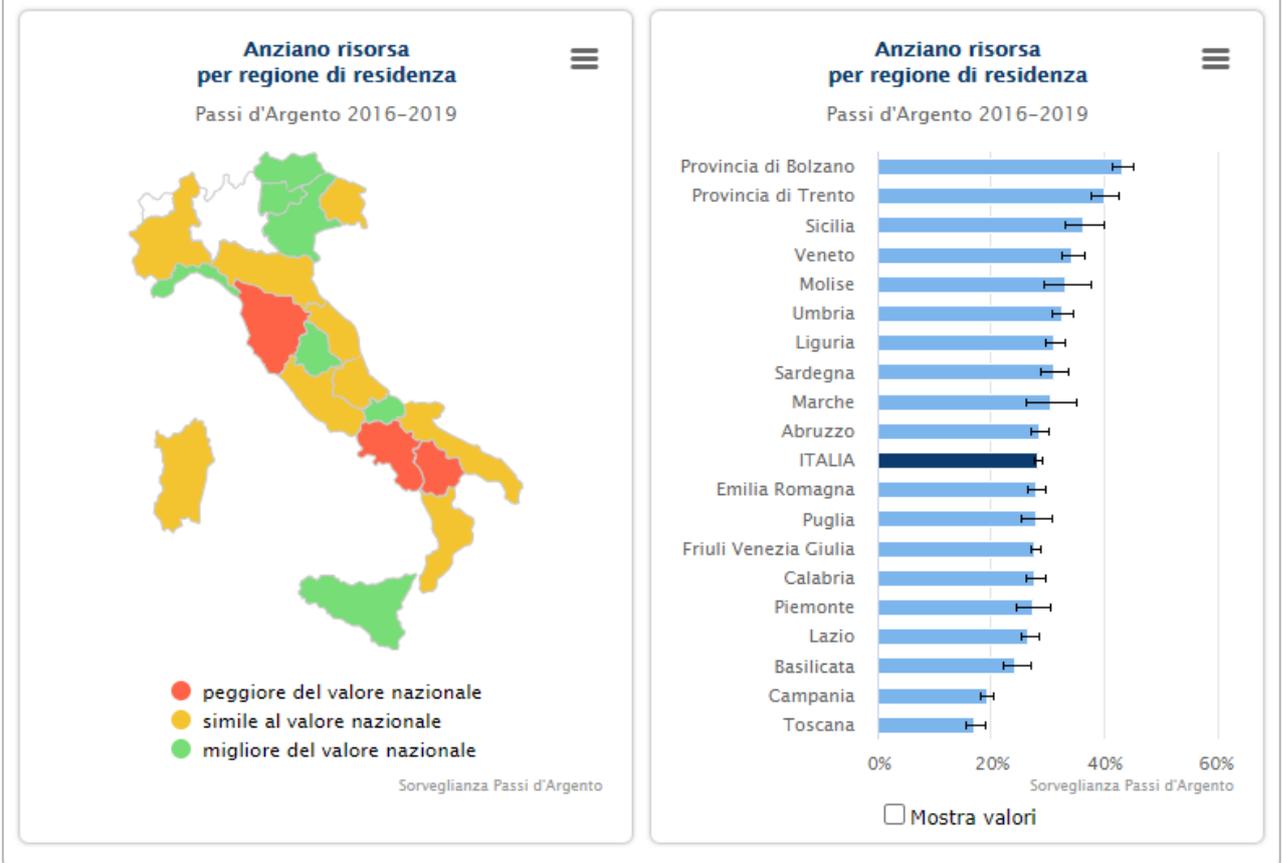
In PASSI d'Argento la partecipazione alla vita sociale è indagata attraverso diversi aspetti che si intersecano e si sovrappongono fra loro e che contemplano la dimensione economica (la partecipazione ad attività lavorative retribuite), quella civile (la partecipazione ad attività no-profit che però hanno anche un valore economico e sociale, come l'offerta di aiuto o accudimento di familiari o amici o conoscenti o attraverso attività di volontariato), quella sociale (intesa come partecipazione a eventi sociali), o quella culturale (come la partecipazione a corsi di formazione per la propria crescita individuale).

Il concetto di "anziano-risorsa", che l'OMS definisce già nel 1996 parte da una visione positiva della persona in continuo sviluppo e in grado di contribuire, in ogni fase della vita, alla crescita individuale e collettiva. L'anziano-risorsa viene identificato come colui che partecipa ad attività per mantenere la salute fisica e mentale, accrescere la qualità delle relazioni interpersonali e migliorare la qualità della propria vita, contribuendo a ridurre il livello di dipendenza dagli altri e allo stesso tempo rappresentando una risorsa per la collettività.



In Umbria gli "anziani risorsa" sono il 31%, un valore significativamente superiore rispetto alla media nazionale, anche le persone over 64 che hanno un lavoro retribuito sono quasi il 9% contro una media nazionale del 6%. Un punto critico è la partecipazione sociale ad eventi conviviali che è al di sotto del valore medio nazionale.

Dati standardizzati

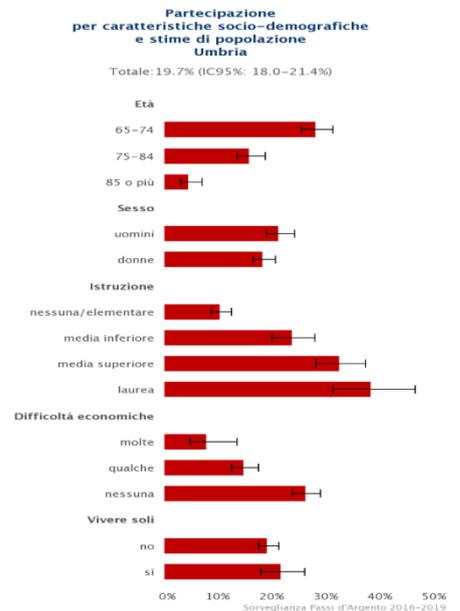


Utilizzando i dati standardizzati per un confronto l'Umbria ha un valore buono come "anziano risorsa" per i familiari e la collettività.

La lente dell'equità

Per quanto riguarda il problema della partecipazione sociale le disuguaglianze sono molto evidenti, hanno meno capacità di partecipazione le persone più anziane, le donne, le persone con basso livello di istruzione, quelle con problemi economici.

Non ci sono differenze per la variante "vivere da soli".



## Isolamento sociale

Secondo la definizione che ne danno Biordi e Nicholson (2009), l'isolamento sociale è la distanza di un individuo, psicologica o fisica o entrambe, dalla rete desiderata o necessaria di relazioni con altre persone. L'isolamento sociale si configura quindi come una perdita di posizionamento all'interno di un gruppo.

Più nello specifico, si possono individuare due accezioni di isolamento sociale:

- soggettiva quale penuria percepita nelle proprie risorse sociali, come la compagnia o il sostegno sociale
- oggettiva ossia una mancanza di contatto con gli altri a causa di fattori situazionali (ad esempio, una ridotta dimensione del network sociale, rara interazione sociale o mancanza di partecipazione all'attività sociale).

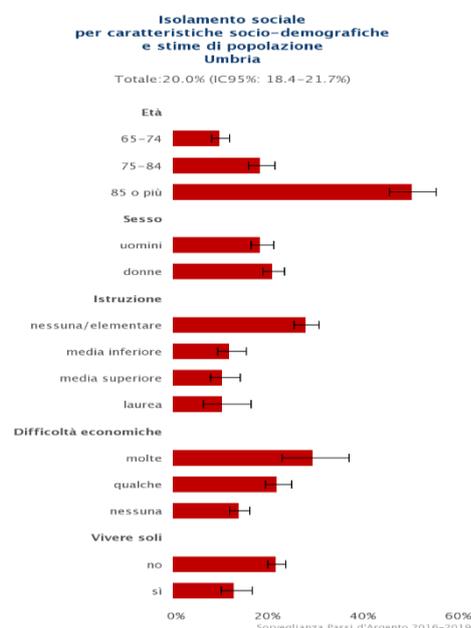
I fattori di rischio che determinano l'isolamento sociale possono essere di natura psicologica (come uno stato depressivo), fisica (come le malattie croniche) o, appunto, sociale (legati alle disuguaglianze, aspetti economici o culturali)

In Umbria si rileva un problema evidente che è l'impossibilità a partecipare ad attività sociali.



## La lente dell'equità

Anche in questo caso sono evidenti le disuguaglianze socio economiche, sono esposti molto al rischio di isolamento sociale le persone più anziane, con basso libello di istruzione, con molte difficoltà economiche, mentre il vivere da soli sembra essere protettivo, forse perché le persone che vivono da sole sono maggio



## Sicurezza e tutela della popolazione anziana

Nell'ambito delle informazioni raccolte dal sistema di sorveglianza Passi d'Argento si è valutata la conoscenza e l'utilizzo di programmi di intervento dei servizi sociali, ma anche l'assistenza fornita da servizi e rete informale alle persone che hanno 65 anni e più con bisogno di aiuto nelle attività della vita quotidiana. Si sono inoltre indagate le condizioni dell'ambiente di vita in termini di proprietà e qualità dell'abitazione e di percezione del livello di sicurezza del quartiere in cui si vive.

Gli argomenti che compongono la sezione tematica "Tutela e sicurezza" sono:

- *Accessibilità ai servizi socio-sanitari*
- *Presenza di almeno un problema nell'abitazione*
- *Vivere in una casa di proprietà*
- *Sicurezza del quartiere*
- *Protezione dalle ondate di calore*

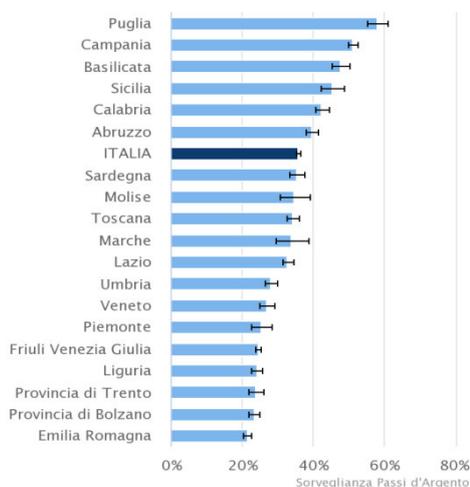
	Regione n = 2337			Italia n = 54577			Valore più basso peggiore	25% percentile	75% percentile	Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup				
Almeno una difficoltà nell'accesso dei servizi socio-sanitari *	29.1	27.3	30.9	34.9	34.2	35.6				
Presenza di almeno un problema strutturale nell'abitazione **	67.8	65.8	69.8	61.3	60.6	62.0				
Quartiere percepito poco sicuro	15.3	13.7	17.1	14.7	14.1	15.2				
Anziani che vivono in una casa di proprietà	83.5	81.9	85.0	83.0	82.4	83.5				
Consigli sulla gestione delle ondate di calore	60.2	58.1	62.2	65.5	64.9	66.2				

\* Almeno una difficoltà nell'accedere ai seguenti servizi: servizi dell'AUSL, servizi del Comune, medico di famiglia, farmacia, negozi di generi alimentari, supermercati o centri commerciali

\*\* Almeno un problema strutturale tra i seguenti: le spese per l'abitazione sono troppo alte, l'abitazione è troppo piccola, l'abitazione è troppo distante da quella di altri familiari, vi sono irregolarità nell'erogazione dell'acqua, l'abitazione è in cattive condizioni, es. infissi, pareti, pavimenti, servizi igienici, in inverno la casa non è sufficientemente riscaldata

### Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari \* per regione di residenza

Passi d'Argento 2016-2019



### Difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari \* per regione di residenza

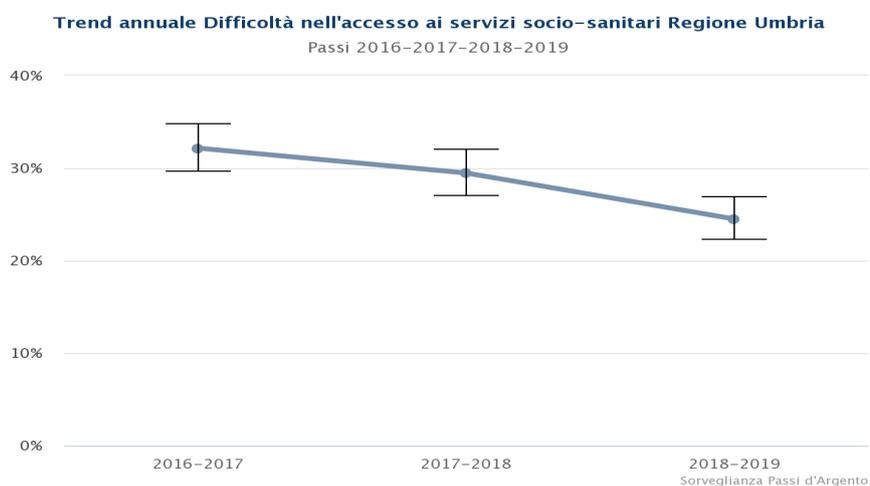
Passi d'Argento 2016-2019



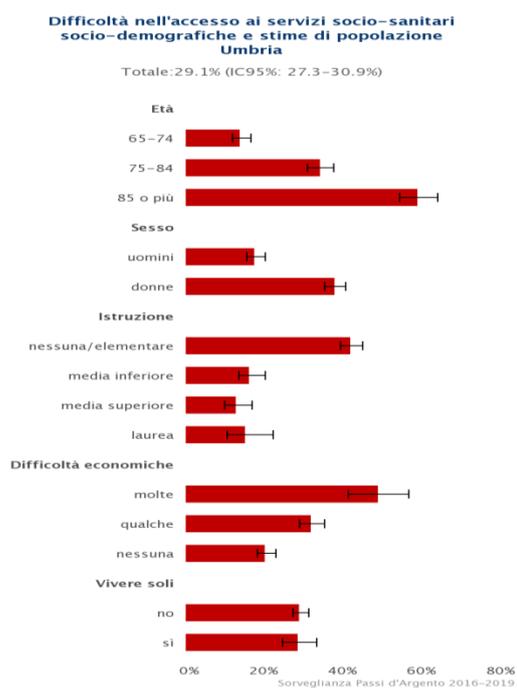
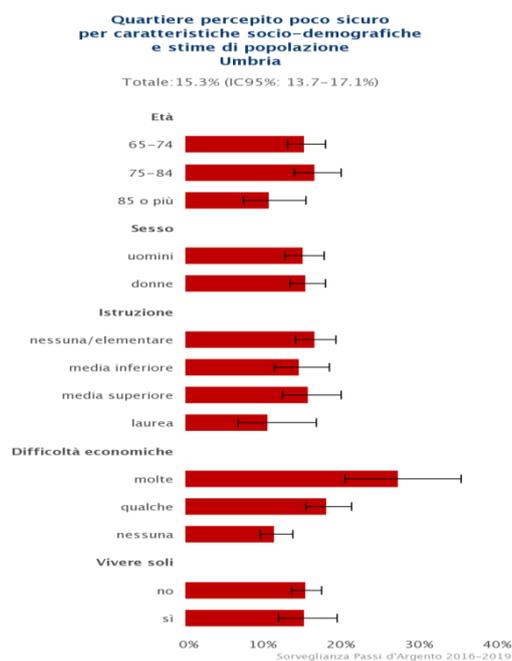
Sorveglianza Passi d'Argento

Dalle immagini di cui sopra si evidenzia come nel confronto con le altre regioni, l'accesso ai servizi sanitari in Umbria è migliore che nella media nazionale. Mentre sono critici i valori sull'informazione rispetto alle ondate di calore e sulla presenza di problemi strutturali della propria abitazione.

Troviamo negli anni una riduzione della difficoltà di accesso ai servizi che, probabilmente sarà aumentata nell'anno 2020 per il problema della Pandemia da COVID 19.,



### La lente dell'equità



Dimostrano più difficoltà di accesso ai servizi le persone più anziane, le donne, con basso livello di istruzione e molte difficoltà economiche. Le persone con molte difficoltà economiche percepiscono in modo maggiore l'insicurezza del proprio quartiere.

## Capitolo 3 – Lo stato di salute

Fonti dei dati: ISTAT, PASSI, PDA, Sistema TS e ANA, ACI, CeDAP, AIRTUM, MeS, SDO, flusso farmaceutica regionale, INAIL, ANAS,

### Mortalità

#### **Mortalità generale**

Uno degli aspetti più dibattuti nel periodo epidemico è quello relativo alla mortalità collegata all'infezione da Sars-CoV2. Il periodo epidemico può avere avuto svariate ripercussioni, in positivo e in negativo, sulla mortalità: si può supporre infatti un aumento di decessi, oltre che per casi con sintomatologia suggestiva di CoVid-19 non testati, anche per altre patologie dovuti alle resistenze o difficoltà nell'accesso al sistema ospedaliero soprattutto nelle aree a maggior circolazione del virus. D'altro canto si può pensare alla riduzione dei decessi delle vittime da incidenti stradali o degli infortuni sul lavoro come effetto delle misure di contenimento della pandemia attuate.

E' stata, pertanto, effettuata un'analisi dell'andamento della mortalità generale in Umbria nel 2020 in confronto con il quinquennio precedente (2015-19) per evidenziare il possibile impatto della diffusione del virus Sars-CoV2, partendo dall'ipotesi che la diffusione dell'epidemia possa aver prodotto, per la sua complessità, un aumento dei decessi anche non direttamente riferibili ai casi Sars-CoV2 positivi deceduti.

Nel Rapporto congiunto ISTAT-ISS, l'evoluzione della mortalità totale del 2020 è stata confrontata, a parità di periodo, con la media dei decessi del quinquennio 2015-2019. Nel 2020 il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato in Italia dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi, 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015- 2019 (15,6% di eccesso). Per l'Umbria si osserva un impatto meno marcato ma con un complessivo 5.6% in più (tab. 4).

Tab. 4 - Decessi totali 2020 confrontati con la media 2015/2019: Confronto Umbria Italia Fonte ISTAT

Mesi	Umbria			Italia		
	15-19	2020	var %	15-19	2020	var %
<b>gennaio-febbraio</b>	2.023	1.862	-8.0	125.741	118.089	-6.1
<b>marzo</b>	963	1.044	8.5	58.267	86.501	48.5
<b>aprile</b>	854	869	1.7	51.801	72.809	40.6
<b>maggio</b>	839	790	-5.9	50.724	52.440	3.4
<b>giugno</b>	784	781	-0.4	48.501	48.589	0.2
<b>luglio</b>	875	811	-7.3	51.811	51.422	-0.8
<b>agosto</b>	819	895	9.3	51.041	53.744	5.3
<b>settembre</b>	750	791	5.5	46.548	49.326	6.0
<b>ottobre</b>	848	932	9.9	51.590	59.861	16.0
<b>novembre</b>	834	1.230	47.5	51.462	78.470	52.5
<b>dicembre</b>	956	1.126	17.8	58.133	74.895	28.8
<b>Totale anno</b>	<b>10.545</b>	<b>11.131</b>	<b>5.6</b>	<b>645.620</b>	<b>746.146</b>	<b>15.6</b>

Considerando le variazioni nei tassi standardizzati di mortalità, ottenuti rapportando i decessi alla popolazione a parità di struttura per età, la mortalità ha registrato in Italia nel 2020 un aumento del 9% rispetto alla media del quinquennio 2015-2019; la stima del contributo dei decessi Covid-19 alla mortalità generale conferma come l'impatto sia più marcato nel genere maschile. Si evidenzia inoltre come la fascia di età in cui si riscontra un'incidenza maggiore di decessi Covid-19 sui decessi totali sia la 65-79 anni, in questa classe un decesso su 5 è attribuibile al Covid-19.

### I decessi in Umbria da Sistema TS

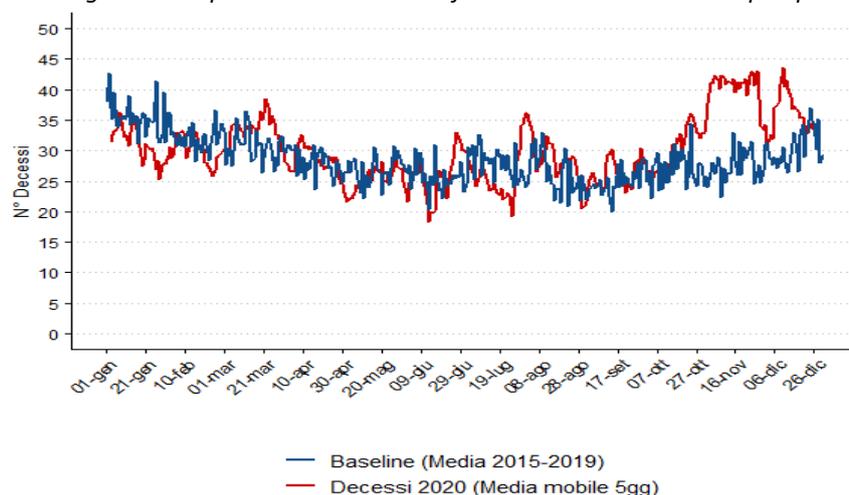
Il Sistema TS è uno strumento istituito per consentire la rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del Sistema Sanitario Nazionale al fine di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e per l'attribuzione e la verifica del budget di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Sistema TS e l'ANA possono essere anche utilizzati indirettamente per descrivere la mortalità generale in quanto, nel momento del decesso di un assistito, l'evento deve essere comunicato al Sistema TS per interrompere i servizi a favore dello stesso.

Attraverso questo sistema si è cercato quindi di ricostruire indirettamente, pur con un dato non esaustivo, la mortalità generale per territorio, sesso ed età in maniera più tempestiva. Anche in questo caso come base per il confronto con i dati sulla mortalità del 2020 si è fatto riferimento ad una baseline costituita dalla media giornaliera dei decessi nel quinquennio 2015-19.

L'andamento della media mobile (a 5gg) giornaliera del numero dei decessi nel periodo gennaio-dicembre 2020 si mantiene sostanzialmente al di sotto della baseline (2015-19), ad eccezione dei mesi di marzo, agosto, ottobre, novembre e dicembre in cui i valori superano quelli medi del quinquennio (fig. 15).

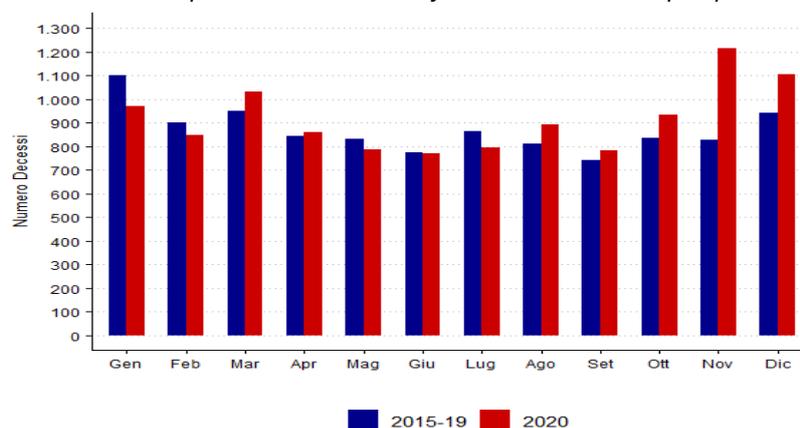
Fig. 15 - Andamento mortalità giornaliera per tutte le cause. Confronto anno 2020 e media quinquennio 2015-19. Umbria.



Fonte: Sistema TS

Questo confronto può essere effettuato anche mettendo in relazione la media mensile dei decessi occorsi nel quinquennio 2015-19, con i valori dei decessi mensili osservati nel 2020 (fig. 16).

Fig. 16 - Numero decessi mensili per tutte le cause. Confronto 2020 e media quinquennio 2015-19. Umbria.



Fonte: Sistema TS

Anche in questo caso il confronto conferma per il 2020 una riduzione dei decessi per il mese di gennaio, un lieve aumento per ottobre e un aumento consistente per novembre e dicembre rispetto alla media del quinquennio. Questo emerge anche dalla tabella 5 in cui sono riportati i valori del delta percentuale mensile tra il 2020 e il quinquennio 2015-19: l'eccesso per novembre è pari al 47,4%.

Tab. 5 - Variazione percentuale mensile tra numero decessi 2020 e numero medio decessi quinquennio 2015-19. Umbria.

Mese	Variazione percentuale 2020 2015-19
Gennaio	-11,8%
Febbraio	-6,0%
Marzo	8,3%
Aprile	1,9%
Maggio	-5,5%
Giugno	-0,5%
Luglio	-7,9%
Agosto	10,2%
Settembre	5,4%
Ottobre	11,3%
Novembre	47,4%
Dicembre	17,4%
<b>Totale Anno</b>	<b>5,5%</b>

Fonte: Sistema TS

Sono stati quindi calcolati i tassi di mortalità per tutte le cause età specifici per entrambi i sessi per il quinquennio 2015-19 e l'anno 2020. È stato quindi calcolato il tasso standardizzato di mortalità per i due sessi. (tabb. 6 e 7).

Tab. 6 - Tasso di mortalità generale età specifico e IC 95%. Maschi - Umbria Confronto periodo 2015-19 e 2020

MASCHI Classe di età	Anni 2015-19				Anno 2020			
	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.
0-4 anni	0.04%				0.05%			
5-9 anni	0.01%				0.01%			
10-14 anni	0.01%				0.00%			
15-19 anni	0.02%				0.03%			
20-24 anni	0.03%				0.02%			
25-29 anni	0.03%				0.05%			
30-34 anni	0.05%				0.06%			
35-39 anni	0.07%				0.07%			
40-44 anni	0.11%				0.11%			
45-49 anni	0.17%				0.10%			
50-54 anni	0.26%				0.28%			
55-59 anni	0.43%				0.45%			
60-64 anni	0.73%				0.72%			
65-69 anni	1.17%				1.24%			
70-74 anni	1.87%				2.12%			
75-79 anni	3.21%				3.41%			
80-84 anni	6.23%				6.08%			
85-89 anni	12.49%				11.85%			
90-94 anni	22.50%				23.23%			
95-99 anni	38.19%				41.52%			
100 anni e +	60.38%				85.71%			
<b>Tutte le età</b>	<b>1.148%</b>	<b>0.985%</b>	<b>0.957%</b>	<b>1.013%</b>	<b>1.249%</b>	<b>1.004%</b>	<b>0.976%</b>	<b>1.031%</b>

Tab. 7 - Tasso di mortalità generale età specifico e IC 95%. Femmine - Umbria Confronto periodo 2015-19 e 2020

FEMMINE	Anni 2015-19				Anno 2020				
	Classe di età	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.	Tasso grezzo	Tasso st.	LC inf.	LC sup.
0-4 anni	0.04%				0.05%				
5-9 anni	0.00%				0.00%				
10-14 anni	0.00%				0.00%				
15-19 anni	0.01%				0.02%				
20-24 anni	0.01%				0.01%				
25-29 anni	0.02%				0.01%				
30-34 anni	0.02%				0.03%				
35-39 anni	0.03%				0.04%				
40-44 anni	0.06%				0.06%				
45-49 anni	0.10%				0.12%				
50-54 anni	0.18%				0.16%				
55-59 anni	0.26%				0.23%				
60-64 anni	0.39%				0.43%				
65-69 anni	0.59%				0.63%				
70-74 anni	1.04%				1.05%				
75-79 anni	1.82%				1.80%				
80-84 anni	3.94%				3.83%				
85-89 anni	8.61%				8.30%				
90-94 anni	17.13%				17.34%				
95-99 anni	31.27%				32.37%				
100 anni e +	47.64%				54.32%				
<b>Tutte le età</b>	<b>1.198%</b>	<b>1.023%</b>	<b>0.996%</b>	<b>1.050%</b>	<b>1.275%</b>	<b>1.023%</b>	<b>0.996%</b>	<b>1.049%</b>	

Dal confronto tra i due periodi non emergono complessivamente differenze significative.

In considerazione del fatto che il confronto tra i due periodi di osservazione mostra in alcuni mesi una differenza nella mortalità generale, è stato calcolato il tasso di mortalità mensile standardizzato per età, per verificarne l'effettiva significatività della differenza.

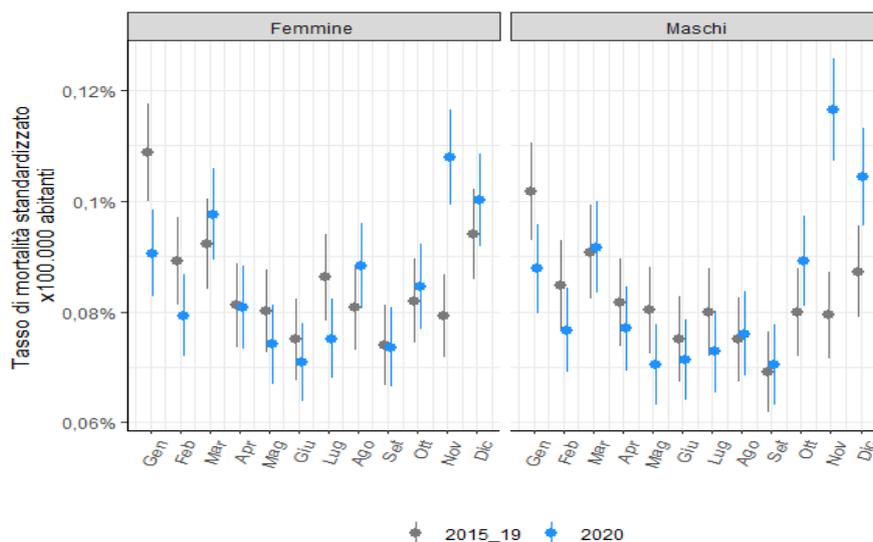
Per realizzare questo sono stati messi a confronto i 12 mesi dei due periodi di riferimento, disaggregando per sesso, e si è andata a testare l'ipotesi di assenza di significatività attraverso l'utilizzo degli intervalli di confidenza (fig. 17).

In generale, il confronto tra i tassi standardizzati di mortalità x 100.000 abitanti per quasi tutti i mesi non mostra, per entrambi i sessi, differenze significative tra il 2020 e la media del quinquennio 2015-19.

Nel confronto tra i due periodi, si nota anche che il mese di marzo, in cui si è avuto l'inizio della pandemia del virus Sars-CoV2 nel territorio umbro, il tasso standardizzato di mortalità non mostra per entrambi i sessi differenze significative tra i due periodi analizzati (Fig.3). Dal confronto emergono invece le seguenti differenze significative:

- a gennaio, in cui per il 2020 il tasso di mortalità per le femmine (0.91 IC95% 0.83-0.98) è inferiore rispetto al periodo 2015-19 (1.09 IC95% 1.00-1.18);
- a novembre, in cui per il 2020 il tasso di mortalità per entrambi i sessi (Femmine 1.08 IC95% 0.99-1.17; Maschi 1.16 IC95% 1.07-1.26) è superiore rispetto al periodo 2015-19 (Femmine 0.79 IC95% 0.72-0.87; Maschi 0.79 IC95% 0.72-0.87);
- a dicembre, in cui per il 2020 il tasso di mortalità per i maschi (1.04 IC95% 0.96-1.13) è superiore rispetto al periodo 2015-2019 (0.87 IC95% 0.79-0.96).

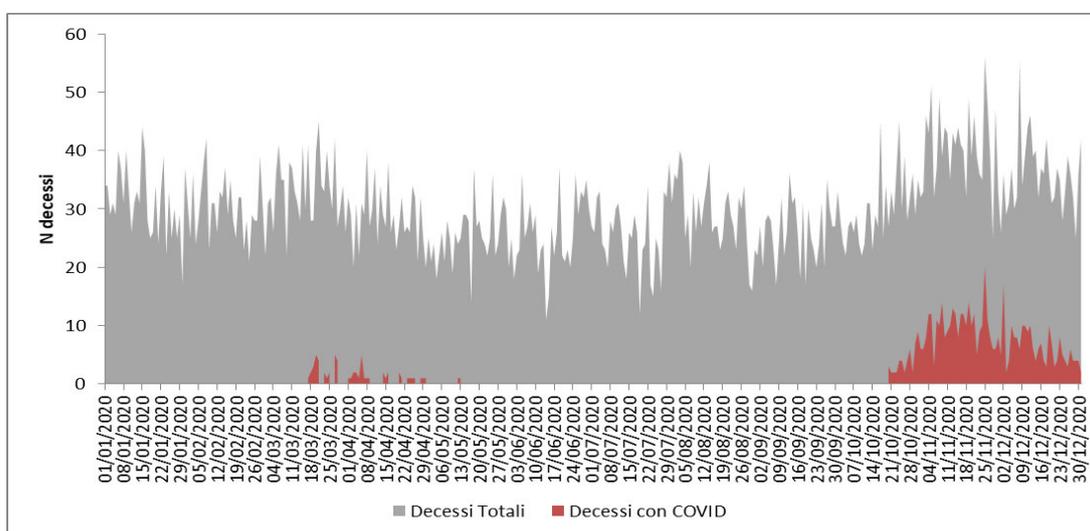
Fig. 17 - Tassi standardizzati di mortalità x 100.000 e IC95% per sesso. Umbria. Confronto media anni 2015-19 e 2020.



Fonte: Sistema TS, ISTAT

L’Umbria, come altre regioni in Italia, è stata interessata dall’epidemia da Sars-CoV2 con alcune settimane di ritardo rispetto a quelle ad alta diffusione: in particolare, a livello regionale, i primi casi compaiono a fine febbraio. Ciò ha comportato il conseguente ritardo nella comparsa dei decessi che, come si evidenzia nella figura 18, compaiono da metà marzo.

Fig. 18 – N° decessi giornalieri per tutte le cause e per “COVID” e Media giornaliera mobile a 5gg dei decessi per COVID. Periodo marzo - dicembre 2020. Umbria.



Per valutare l’eventuale impatto dell’epidemia da Sars-CoV2 sulla mortalità totale, sono stati messi in relazione l’andamento dei decessi per tutte le cause con i decessi in soggetti con un tampone positivo a Sars-CoV2 per il periodo marzo-dicembre 2020. Da questo confronto si nota una corrispondenza nell’andamento delle due curve; nel mese di marzo si osserva un basso numero di morti per CoVid-19 coerentemente con la scarsa diffusione del virus all’interno dei confini regionali. La situazione rimane stabile da marzo fino a fine settembre, per poi aumentare in maniera consistente da ottobre a dicembre.

In conclusione, dal confronto tra l'anno 2020 e la baseline 2015-19, emerge in Umbria un eccesso di mortalità generale nell'ultimo trimestre del 2020, periodo di maggior impatto dell'epidemia da SARS CoV2 sul territorio umbro: in particolare si osserva un aumento significativo nei mesi di novembre e dicembre per i maschi e a novembre per le femmine. L'incremento è verosimilmente spiegato dai decessi riscontrati in casi COVID-19 positivi. Dai dati analizzati non emergono quindi elementi che lascino ipotizzare un ulteriore impatto dell'epidemia Sars-CoV2 sulla mortalità totale della popolazione residente in Umbria.

### **Mortalità per causa**

Nel 2018 i decessi in Umbria sono stati 9.986 con un tasso standardizzato di mortalità di 75,72 per 10mila residenti (10.299 decessi nel 2012, con un tasso di 88,03 per 10mila abitanti) (tab. 8). I tassi standardizzati sono calcolati dall'ISTAT con riferimento ai decessi e alla popolazione residente in Umbria e la popolazione di riferimento utilizzata come standard è quella europea proposta da Eurostat. Oggi, grazie alla riduzione dei livelli di mortalità a tutte le età della vita, una quota sempre più consistente di persone raggiunge le età più avanzate della vita, quelle dove i rischi di morte sono più elevati. L'effetto dell'invecchiamento della popolazione è la causa determinante nell'incremento dei numeri di decessi nel tempo.

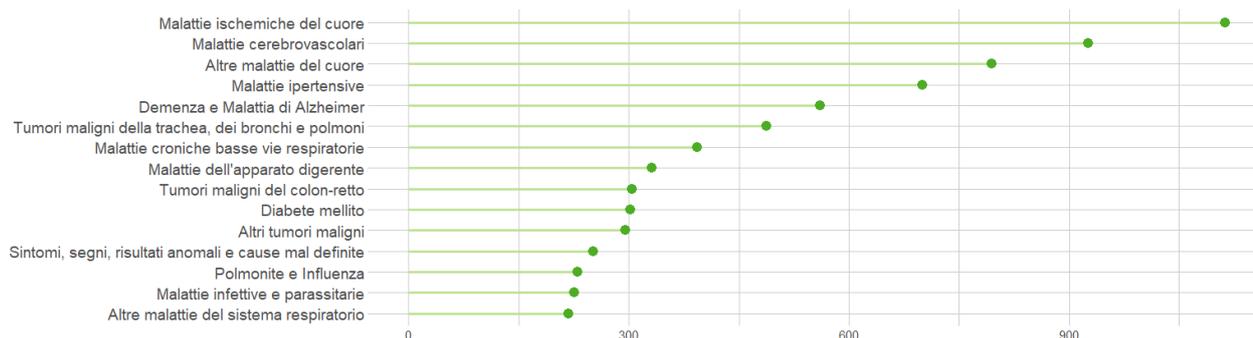
*Tab. 8 – Numero decessi e tassi standardizzati di mortalità (x 10mila) per genere. Umbria, periodo 2012-2018*

	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero decessi	Tasso stand.	Numero decessi	Tasso stand.	Numero decessi	Tasso stand.
<b>2012</b>	5.004	113,98	5.295	70,72	10.299	88,03
<b>2013</b>	4.795	106,69	5.106	66,44	9.901	82,77
<b>2014</b>	4.691	101,63	5.088	64,13	9.779	79,13
<b>2015</b>	5.002	106,24	5.583	68,34	10.585	84,02
<b>2016</b>	4.855	101,09	5.435	65,45	10.290	80,06
<b>2017</b>	4.983	102,22	5.696	67,51	10.679	81,63
<b>2018</b>	4.648	94,01	5.338	62,93	9.986	75,72

Quindici sono le cause principali che spiegano il 71% del totale dei decessi avvenuti nel 2018 in Umbria.

Al primo posto si collocano, per maggiore frequenza, le malattie ischemiche del cuore (1.113 decessi, poco più dell'11% dei decessi totali). Seguono, in seconda posizione le malattie cerebrovascolari (926 decessi) e subito dopo le altre malattie del cuore con 795 decessi in un anno. Alla terza posizione si collocano le malattie ipertensive con il 7% dei decessi totali dell'anno 2018. Proseguendo la classifica si ritrovano i decessi per demenza e malattia Alzheimer seguiti dai tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni. In settima posizione si collocano le malattie croniche delle basse vie respiratorie con 393 decessi in 365 giorni ricoprendo circa il 4% dei decessi totali. Dall'ottava posizione in poi ritroviamo: malattie dell'apparato digerente (3,31% di 9.986 decessi); tumori maligni del colon-retto (304 decessi in un anno); diabete mellito; altri tumori maligni; sintomi, segni risultati anomali e cause mal definite; polmonite e influenza; malattie infettive e parassitarie. L'ultima posizione della classifica è occupata dalle malattie del sistema respiratorio che non comprendono né le malattie delle basse vie respiratorie né polmoniti ed influenze, la frequenza di questa causa di morte è pari al 2,18% del totale dei decessi in Umbria nel 2018 (218 decessi) (fig. 19).

Fig. 19 – Numero decessi per causa. Umbria 2018



Confrontando i dati del 2018 con quelli del 2012, per le prime sei posizioni della graduatoria si confermano le stesse cause di sei anni prima, sebbene in alcuni casi il peso percentuale rispetto al totale dei decessi sia variato, con una diminuzione soprattutto per le malattie ischemiche del cuore (dal 15,10% al 11,15%) e le malattie cerebrovascolari (da 10,66% al 9,27%). La causa “Demenza e Malattia Alzheimer” è più frequente passando dal 4,77% del 2012 al 5,62% del 2018. Le malattie infettive e parassitarie sono aumentate di molto passando dalla diciassettesima posizione del 2012 alla quattordicesima del 2018 con una frequenza pari al 2,26% sul totale dei decessi, superando i tumori del pancreas ed i tumori maligni dello stomaco. Sono in aumento anche i decessi causati da influenza e polmonite, rispetto al 2012 il balzo in avanti è di 3 posizioni occupando nella graduatoria 2018 la terzultima posizione (tab. 9).

Tab. 9 – Cause di morte in Umbria. Confronto 2012-2018.

CAUSE DI MORTE	Anno 2018			Anno 2012			Variazione Posizione 2012-2018
	Posizione	Numero decessi	% su totale	Posizione	Numero decessi	% su totale	
Malattie ischemiche del cuore	1	1113	11,15	1	1555	15,10	—
Malattie cerebrovascolari	2	926	9,27	2	1098	10,66	—
Altre malattie del cuore	3	795	7,96	3	765	7,43	—
Malattie ipertensive	4	700	7,01	4	659	6,40	—
Demenza e Malattia Alzheimer	5	561	5,62	5	491	4,77	—
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	6	487	4,88	6	466	4,52	—
Malattie croniche basse vie respiratorie	7	393	3,94	8	349	3,39	↑
Malattie dell'apparato digerente	8	331	3,31	7	365	3,54	↓
Tumori maligni del colon-retto	9	304	3,04	10	329	3,19	↑
Diabete mellito	10	302	3,02	11	315	3,06	↑
Altri tumori maligni	11	295	2,95	9	334	3,24	↓
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	12	251	2,51	13	212	2,06	↑
Polmonite e Influenza	13	230	2,30	16	172	1,67	↑
Malattie infettive e parassitarie	14	226	2,26	17	171	1,66	↑
Altre malattie del sistema respiratorio	15	218	2,18	14	197	1,91	↓
<b>Totale 15 cause</b>		<b>7132</b>	<b>71,42</b>		<b>7478</b>	<b>72,61</b>	
Altre cause		2854	28,58		2821	27,39	
<b>Totale Decessi</b>		<b>9986</b>	<b>100,00</b>		<b>10299</b>	<b>100,00</b>	

Prendendo a riferimento le 15 cause più frequenti di morte dell'anno 2018 nella regione, confrontiamo il numero di decessi registrati nella provincia di Perugia con il numero di decessi registrati nella provincia di Terni. Nella provincia di Perugia nel 2018 sono decedute 7.185 persone, e il 71% dei decessi è racchiuso nelle 15 cause di morte più frequenti in Umbria. Nella provincia di Terni nel 2018 sono decedute 2.007 persone, e circa il 72% dei decessi è stato causato da una delle 15 cause più frequenti della regione. la provincia di Terni vede al primo posto le altre malattie del cuore con una frequenza sul totale pari al 10,21% seguono poi le malattie cerebrovascolari (247 decessi) e le malattie ischemiche del cuore (226 decessi). La provincia di Perugia segue alla lettera la classifica generale dell'intera regione ad eccezione del nono posto ossia i tumori maligni di colon-retto che nel caso della sola provincia perugina si invertono con le malattie dell'apparato digerente occupando, in questo caso l'ottavo posto (tab. 10).

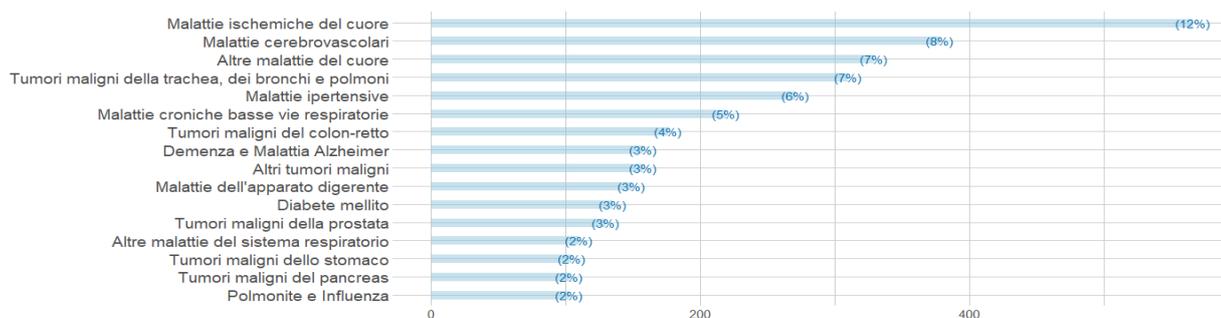
Tab. 10 – Cause di morte in Umbria. Confronto tra provincie – Anno 2018

CAUSE DI MORTE	PERUGIA		TERNI		TOT. UMBRIA	
	Numero decessi	% su totale	Numero decessi	% sul totale	Numero decessi	% sul totale
Malattie ischemiche del cuore	887	12,35	226	8,07	1113	11,15
Malattie cerebrovascolari	679	9,45	247	8,82	926	9,27
Altre malattie del cuore	509	7,08	286	10,21	795	7,96
Malattie ipertensive	489	6,81	211	7,53	700	7,01
Demenza e Malattia Alzheimer	419	5,83	142	5,07	561	5,62
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	345	4,80	142	5,07	487	4,88
Malattie croniche basse vie respiratorie	300	4,18	93	3,32	393	3,94
Malattie dell'apparato digerente	230	3,20	101	3,61	331	3,31
Tumori maligni del colon-retto	233	3,24	71	2,53	304	3,04
Diabete mellito	218	3,03	84	3,00	302	3,02
Altri tumori maligni	206	2,87	89	3,18	295	2,95
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	158	2,20	93	3,32	251	2,51
Polmonite e Influenza	164	2,28	66	2,36	230	2,30
Malattie infettive e parassitarie	143	1,99	83	2,96	226	2,26
Altre malattie del sistema respiratorio	145	2,02	73	2,61	218	2,18
<b>Totale 15 cause</b>	<b>5125</b>	<b>71,33</b>	<b>2801</b>	<b>71,65</b>	<b>7132</b>	<b>71,42</b>
Altre cause	2060	28,67	794	28,35	2854	28,58
<b>Totale Decessi</b>	<b>7185</b>	<b>100,00</b>	<b>2007</b>	<b>100,00</b>	<b>9986</b>	<b>100,00</b>

I decessi maschili in Umbria nel 2018 sono stati pari a 4.648, con un tasso standardizzato di mortalità di 94,01 per 10mila abitanti (5.004 decessi nel 2012 con un tasso di 113,98 per 10mila abitanti).

Al primo posto si collocano le malattie ischemiche del cuore responsabili di 566 morti in Umbria nel 2018, oltre il 12% del totale dei decessi di sesso maschile. Seguono, in seconda e terza posizione altre malattie del sistema circolatorio: rispettivamente quelle cerebrovascolari (378 decessi, pari all'8% del totale) e le altre malattie del cuore (329 decessi, pari al 7% del totale). I tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la quarta causa per numero di decessi in assoluto nel genere maschile (310 decessi) (fig. 20).

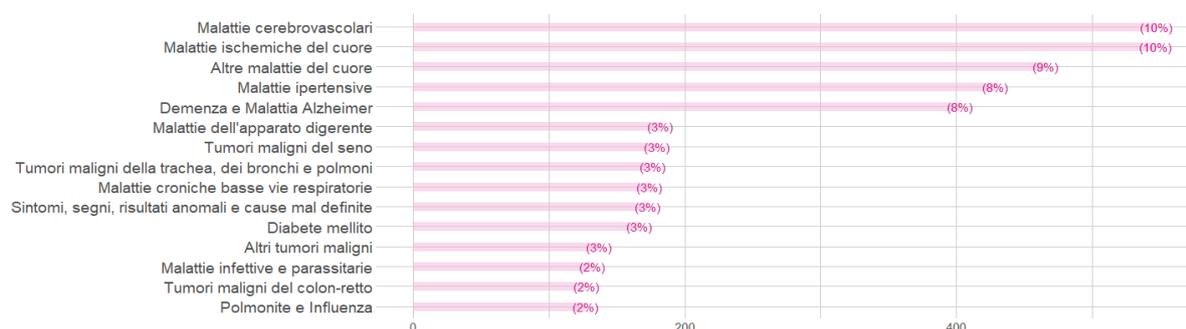
Fig. 20 - Numero decessi per causa. Umbria 2018, maschi



I decessi femminili in Umbria nel 2018 sono stati pari a 5.338, con un tasso standardizzato di mortalità di 62,93 per 10mila abitanti (5.295 decessi nel 2012 con un tasso di 70,72 per 10mila abitanti).

Al primo posto si collocano le malattie cerebrovascolari responsabili di 548 decessi in Umbria nel 2018, oltre il 10% del totale dei decessi di sesso femminile. Seguono, in seconda e terza posizione rispettivamente le malattie ischemiche del cuore (547 decessi, pari all'10% del totale) e le altre malattie del cuore (466 decessi, pari al 8,73% del totale). I tumori maligni del seno rappresentano la causa di morte oncologica più frequente e la settima causa per numero di decessi in assoluto nel genere femminile (180 decessi), subito dopo si collocano i tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni ricoprendo oltre il 3% dei decessi totali del 2018 di sesso femminile (fig. 21).

Fig. 21 - Numero decessi per causa. Umbria 2018, femmine



L'analisi delle graduatorie per maschi e femmine permette di rilevare alcune differenze di genere (tab. 11). Le malattie ischemiche del cuore sono la causa di mortalità più frequente negli uomini mentre tra le donne la principale causa di morte è riconducibile alle malattie cerebrovascolari. I decessi per causa demenza e malattia Alzheimer sono più frequenti tra le donne occupando in questo caso la quinta posizione della classifica mentre nella graduatoria maschile ritroviamo questa causa solo alla nona posizione a pari merito con la causa collegata ad altri tumori maligni. Tra le cause principali di morte per genere, rivestono un ruolo di rilievo cause che notoriamente caratterizzano il profilo di mortalità di ciascuno dei due sessi: il tumore maligno della prostata per gli uomini (dodicesima posizione con 130 decessi nel 2018, il 2,80% del totale dei decessi di sesso maschile) e il tumore maligno del seno tra le donne (settima posizione con 180 decessi ed oltre il 3% dei decessi totali del 2018 di sesso femminile).

Tab. 11 – Cause di morte in Umbria. Confronto di genere – Anno 2018

MASCHI			FEMMINE		
Cause di morte	Numero decessi	% su totale	Cause di morte	Numero decessi	% su totale
Malattie ischemiche del cuore	566	12,18	Malattie cerebrovascolari	548	10,27
Malattie cerebrovascolari	378	8,13	Malattie ischemiche del cuore	547	10,25
Altre malattie del cuore	329	7,08	Altre malattie del cuore	466	8,73
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	310	6,67	Malattie ipertensive	429	8,04
Malattie ipertensive	271	5,83	Demenza e Malattia Alzheimer	403	7,55
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	219	4,71	Malattie dell'apparato digerente	182	3,41
Tumori maligni del colon-retto	176	3,79	Tumori maligni del seno	180	3,37
Altri tumori maligni	158	3,40	Tumori maligni della trachea, dei bronchi e polmoni	177	3,32
Demenza e Malattia Alzheimer	158	3,40	Malattie croniche delle basse vie respiratorie	174	3,26
Malattie apparato digerente	149	3,21	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	173	3,24
Diabete mellito	135	2,90	Diabete mellito	167	3,13
Tumori della prostata	130	2,80	Altri tumori maligni	137	2,57
Altre malattie del sistema respiratorio	110	2,37	Malattie infettive e parassitarie	132	2,47
Tumori maligni dello stomaco	105	2,26	Tumori maligni colon-retto	128	2,40
Polmonite e Influenza	103	2,22	Polmonite e Influenza	127	2,38
Tumori maligni del pancreas	103	2,22			
<b>Totale 16 cause</b>	<b>3400</b>	<b>73,15</b>	<b>Totale 15 cause</b>	<b>3970</b>	<b>74,37</b>
Altre cause	1248	26,85	Altre cause	1368	25,63
<b>Totale Decessi</b>	<b>4648</b>	<b>100,00</b>	<b>Totale Decessi</b>	<b>5338</b>	<b>100,00</b>

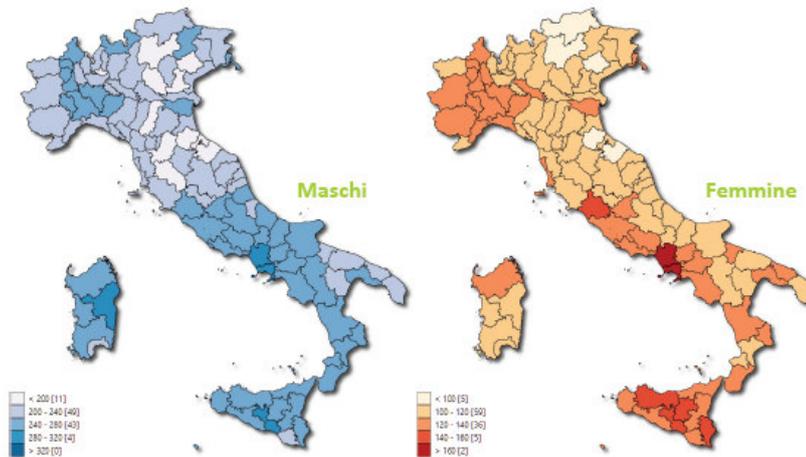
### Mortalità evitabile

L'analisi della mortalità evitabile rappresenta uno strumento della sanità pubblica per contrastare i *decessi prematuri* dovuti a cause di morte, sia quelli **prevenibili**, cioè evitabili principalmente tramite prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, ...), *prima* dell'insorgenza di malattie o degli infortuni, per **ridurre l'incidenza**, sia quelli **trattabili**, cioè evitabili principalmente tramite diagnosi tempestiva e cure efficaci, *dopo* l'insorgenza di malattie, per **ridurre la mortalità**.

Dall'analisi dei tassi standardizzati per 100.000 residenti dal 2009 al 2020 per mortalità generale ed evitabile disaggregati per genere emerge che: l'Umbria, insieme a Trentino Alto Adige, Marche, Veneto e Toscana, nel corso degli anni è posizionata quasi costantemente nelle prime 5 posizioni.

La classificazione delle cause evitabili è derivata dall'aggiornamento di OECD e Eurostat "Avoidable mortality: lists of preventable and treatable causes of death (november 2019)". Gli indicatori, standardizzati con la "popolazione europea" (versione 2017), sono stati elaborati in base ai dati disponibili al 31 marzo 2021. Il dato ultimo elaborato e considerato stabile è quello del 2018.

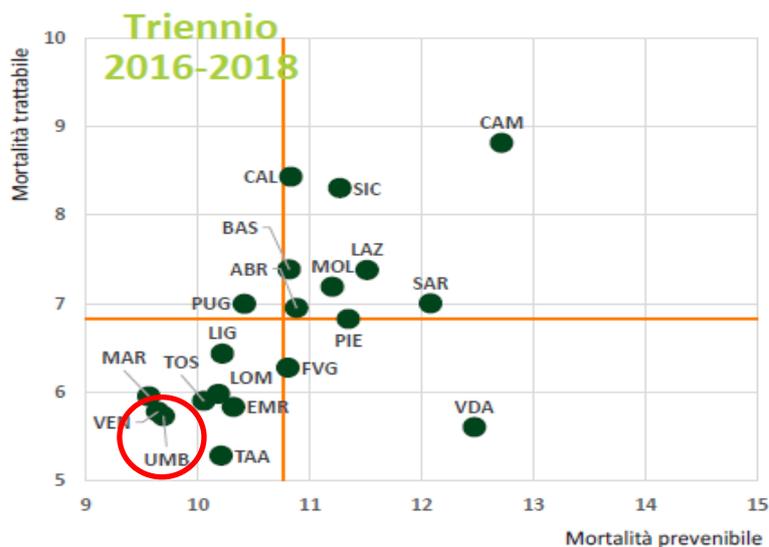
Fig. 22 – Mortalità evitabile per provincia e genere. Tassi standardizzati per 100.000 residenti. Periodo 2016-2018



Dalla figura 22 si vede come l'Umbria sia una delle regioni a MEV più bassa in entrambe le province, soprattutto per i maschi.

Anche la disaggregazione della mortalità evitabile in "trattabile" e "prevenibile" evidenzia come la regione Umbria sia fra le posizioni migliori sia in termini di mortalità evitabile legata alla prevenzione che quella legata al trattamento (fig. 23).

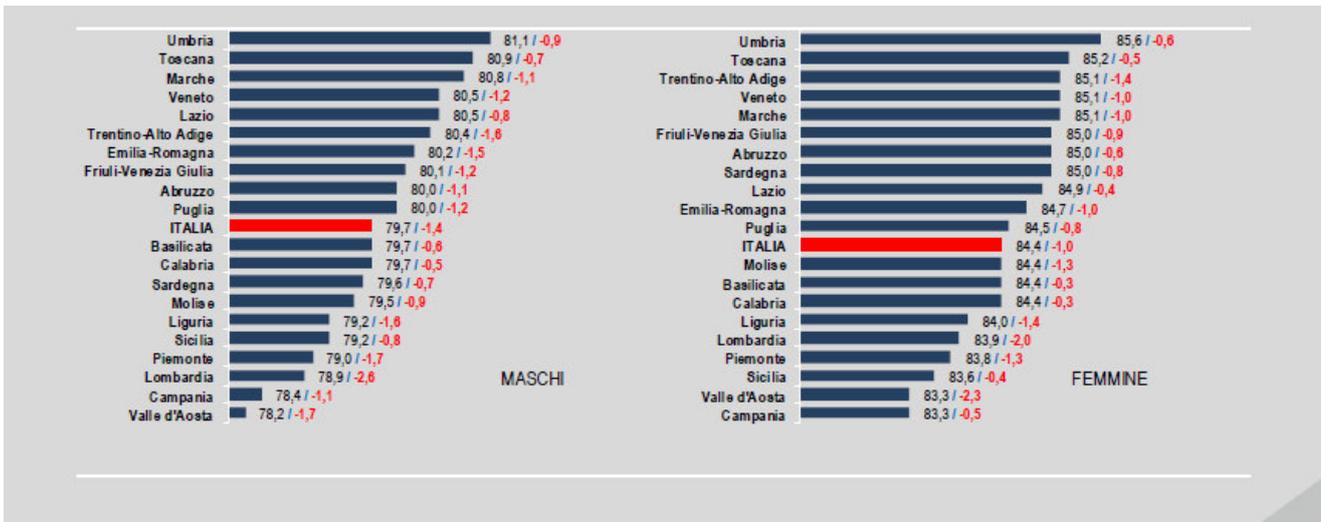
Fig. 23 – Mortalità evitabile per regione: disaggregazione in "trattabile" e "prevenibile". Periodo 2016-2018



## Speranza di vita e stato di salute percepito

La speranza di vita alla nascita si mantiene in Umbria superiore rispetto alla media italiana (85,6 anni nelle femmine e 81,1 anni nei maschi (vs 84,4 anni nelle femmine e 79,7 anni nei maschi Italia) ma con una variazione nel 2020 rispetto al 2019 di -0,9 anni nei maschi e -0,6 nelle femmine (vs -1,4 nei maschi e -1,0 nelle femmine Italia), come d'altra parte è avvenuto in tutte le regioni per effetto della pandemia (fig. 24).

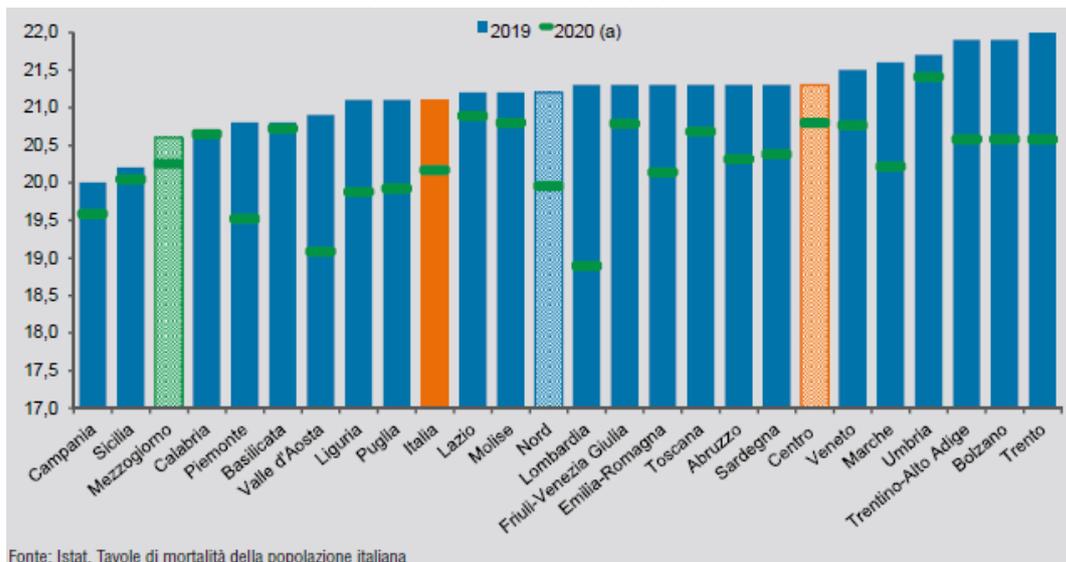
Fig. 24 - Speranza di vita alla nascita per sesso e regione. Anno 2020 e variazioni sul 2019 (rosso), in anni e decimi di anno, stima



Fonte: Report Istat Indicatori demografici. Anno 2020

Anche la speranza di vita a 65 anni ha subito un calo rispetto all'anno precedente, anche se molto meno consistente che in altre regioni (fig. 25), con valori più alti nelle femmine (22,8) rispetto ai maschi (19,4).

Fig. 25 - Speranza di vita a 65 anni per regione e ripartizione geografica. Anni 2019 e 2020 (dato stimato). In anni



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana

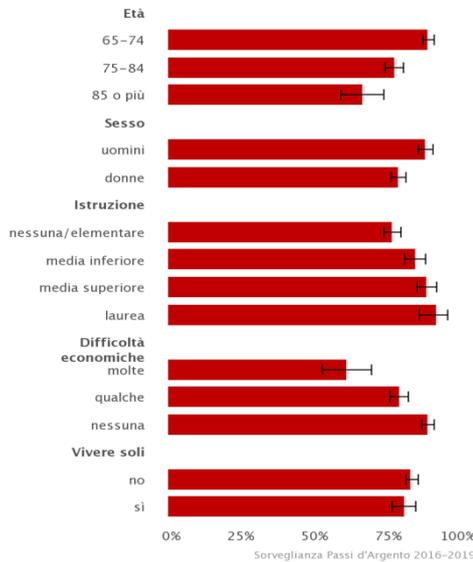
La speranza di vita in buona salute alla nascita e la speranza di vita senza limitazioni funzionali a 65 anni sono in Umbria lievemente più alte rispetto alla media nazionale (rispettivamente 60 anni Umbria vs 58,9 anni Italia e 10,2 anni Umbria vs 10 anni Italia).

## Qualità della vita e salute percepita

La gran parte dei **18-69enni** umbri (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale di persone (circa il 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi "discretamente".

### Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria

Totale: 82.4% (IC95%: 80.6-84.1%)



Sono più soddisfatti della propria salute i giovani, gli uomini, le persone con un livello socio-economico più elevato (per istruzione o condizioni economiche), i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche severe fra quelle indagate da Passi. In Umbria, come nel resto del paese, dal 2008 aumenta in modo lento ma continuo la quota di persone che si dichiarano in buona salute.

Gli intervistati dichiarano di aver vissuto in media di 5.6 giorni in cattiva salute (unhealthy days) nel mese precedente l'intervista, 2.7 giorni vissuti in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti e 3.5 giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress (dati significativamente superiori rispetto al dato medio nazionale).

Poco più di 1 giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici.

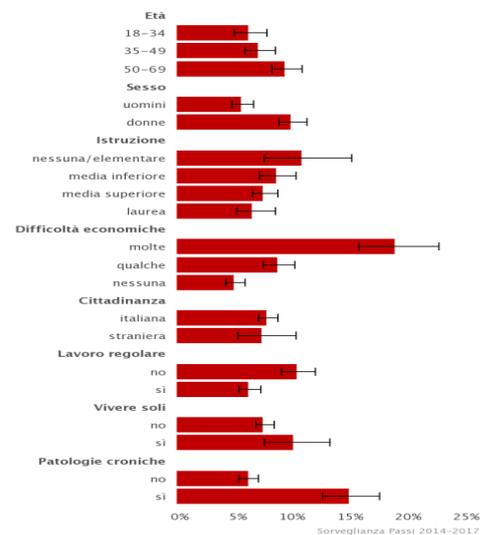
Nelle persone anziane in particolar modo, una cattiva percezione del proprio stato di salute è talvolta correlato a un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

Nel biennio 2016-2019, l'82.4% della popolazione con **più di 65 anni** giudica complessivamente positivo il proprio stato di salute. Il dato è significativamente più basso di quello medio nazionale. Il restante 17.6% invece ne dà un giudizio negativo, riferendo che la propria salute "va male" o "molto male".

Sono maggiormente soddisfatte della propria salute le persone più giovani, gli uomini rispetto alle donne, le persone senza difficoltà economiche e le persone più istruite.

### Stato di salute percepito positivamente per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria

Totale: 7.8% (IC95%: 7.1-8.6%)



## Malattie croniche

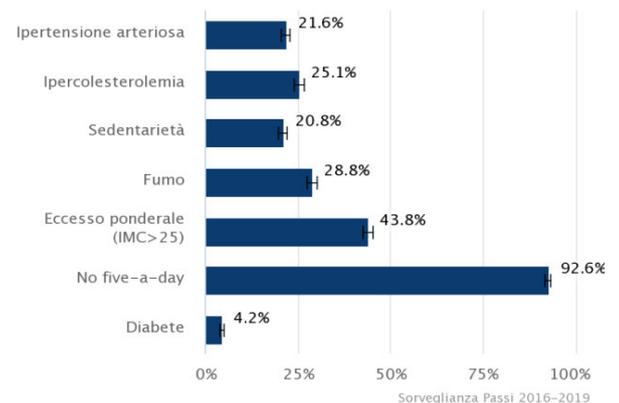
I dati raccolti nel biennio 2016-2019 mostrano che circa 6 anziani su 10 riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie croniche del fegato, cirrosi. Più di ¼ degli ultra 64enni riferisce invece la diagnosi di 2 o più tra le patologie indagate. Il dato è in linea con la media nazionale.

## Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari comprendono diverse patologie gravi e diffuse (le più frequenti sono infarto miocardico e ictus cerebrale) e rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale, oltre ad avere un notevole impatto in termini di disabilità. I fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà, dieta (scarso consumo di frutta e verdura e di pesce, eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

Nel triennio 2016-2019 in Umbria emerge che su dieci **18-69enni** intervistati 2 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 2 di ipercolesterolemia, 3 sono sedentari, 3 fumatori, 4 risultano in eccesso ponderale ( $IMC \geq 25$ ) e 1 consuma 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day), come invece raccomandato. Inoltre, quasi il 4% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente quasi 4 persone su 10 hanno almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.

Fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione 18-69 anni Umbria

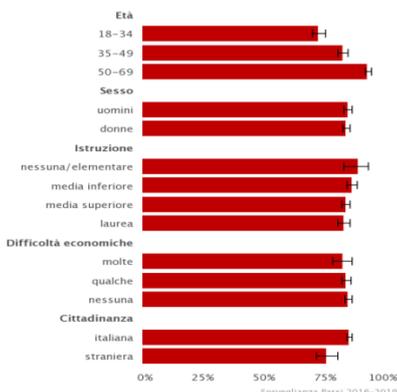


## L'ipertensione: misurazione, diagnosi e trattamento

Per diagnosticare l'ipertensione arteriosa esiste consenso sull'opportunità di effettuare un controllo ogni 2 anni negli adulti normotesi e a un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90 mmHg). L'84% dei 18-69enni riferisce di aver misurato la pressione arteriosa nei due anni precedenti l'intervista. 1 su 5 riferisce una diagnosi di ipertensione.

Iperensione riferita per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria

Totale: 83.8% (IC95%: 82.7-84.8%)



### Il consiglio agli ipertesi da medici e operatori sanitari Umbria - PASSI 2016-2019

Ipertesi 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di diminuire il consumo del sale	92 %
Ipertesi 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di svolgere regolare attività fisica	91 %
Ipertesi 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di controllare il peso corporeo	88 %

L'ipertensione è più frequente all'aumentare dell'età, tra gli uomini, tra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche, tra i cittadini italiani e in coloro che sono in eccesso ponderale. Circa l'80% delle persone ipertese dichiara di essere in trattamento farmacologico e di aver ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa. L'Umbria ha una quota di ipertesi maggiore rispetto alla media nazionale.

### L'ipercolesterolemia: misurazione, diagnosi e trattamento

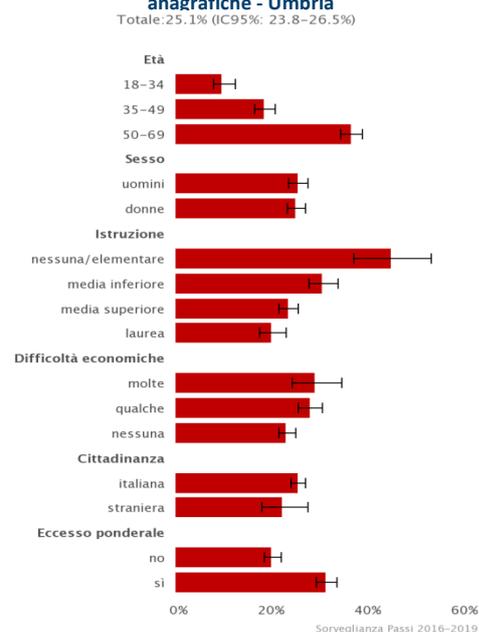
Per diagnosticare l'ipercolesterolemia non è raccomandato un vero e proprio screening di popolazione ma esistono raccomandazioni internazionali sull'opportunità di effettuare l'esame del colesterolo, pur non essendoci un consenso unanime sulle modalità.

Più di 8 intervistati su 10 tra i 18 e 69 anni riferiscono di aver misurato almeno una volta nella vita la colesterolemia e tra questi circa 1/4 riferisce di essere ipercolesterolemico. L'ipercolesterolemia è più frequente all'aumentare dell'età, fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche e tra coloro che sono in eccesso ponderale. Anche la percentuale di ipercolesterolemici in Umbria è superiore alla media nazionale

Il 28% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto i consigli comportamentali da parte di un operatore sanitario.



**Ipercolesterolemia riferita per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria**



### **Il consiglio agli ipercolesterolemici da medici e operatori sanitari Umbria - PASSI 2016-2019**

Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di ridurre consumo carne e formaggio	87%
Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di aumentare consumo frutta e verdura	84%
Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di controllare/perdere peso corporeo	81%
Ipercolesterolemici <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di svolgere regolare attività fisica	90%

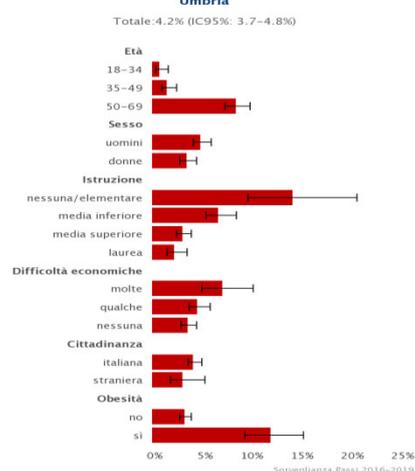
## **Diabete**

Poco meno del 5% degli umbri di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni ma sfiora il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini, nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, e tra le persone obese.

L'Umbria è in linea con la media del pool di ASL PASSI.

La prevalenza di persone con diabete non si modifica sostanzialmente nel tempo. Sale al 18.5% invece tra gli ultra 64enni.

**Diabete per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria**



### Fattori di rischio cardiovascolare associati al diabete

Il diabete risulta essere fortemente associato ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà, che risultano molto più frequenti fra le persone con diabete rispetto agli altri.

Il 40% dei diabetici 18-69enni riferisce di seguire una dieta per perdere peso, mentre il 27% fa attività fisica moderata o intensa.

### Monitoraggio e terapia della ipertensione e della ipercolesterolemia fra i diabetici 18-69enni

Circa 9 diabetici su 10 riferiscono di aver misurato la pressione arteriosa e/o aver controllato il colesterolo nell'ultimo anno. Tra i diabetici ipertesi, circa il 91% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa, mentre circa il 64% dei diabetici ipercolesterolemici assume farmaci per il trattamento dell'ipercolesterolemia.

### Monitoraggio e terapia per il diabete fra i 18-69enni

La maggior parte dei diabetici (48%) è seguito principalmente dal centro diabetologico, o dal medico di medicina generale (21%), o da entrambi (25%). Pochi dichiarano di essere seguiti da altri specialisti (meno del 3%).

Circa il 65% delle persone con diabete ha effettuato il controllo dell'emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi (37% negli ultimi 4 mesi). Aumenta nel tempo la conoscenza di questo esame ma 1 persona su 6 con diabete non lo conosce o non ne conosce il significato.

L'91% delle persone con diabete dichiara di essere sotto trattamento farmacologico per il controllo del diabete, la gran parte (78%) con ipoglicemizzanti orali.



### L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra i 18-69enni con diagnosi di diabete due terzi riferiscono di aver ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica, e il 70% di smettere di fumare.

Tra i diabetici in eccesso ponderale il 78% ha ricevuto il consiglio di perdere peso.

#### Il consiglio a diabetici da medici e operatori sanitari

Umbria - PASSI 2016-19

Diabetici 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di <u>fare attività fisica regolare</u>	66%
Diabetici 18-69enni <u>in eccesso ponderale</u> che hanno ricevuto il consiglio di <u>perdere peso</u>	78%
Diabetici 18-69enni che hanno ricevuto il consiglio di <u>smettere di fumare</u>	70%

### Utilizzo dei farmaci

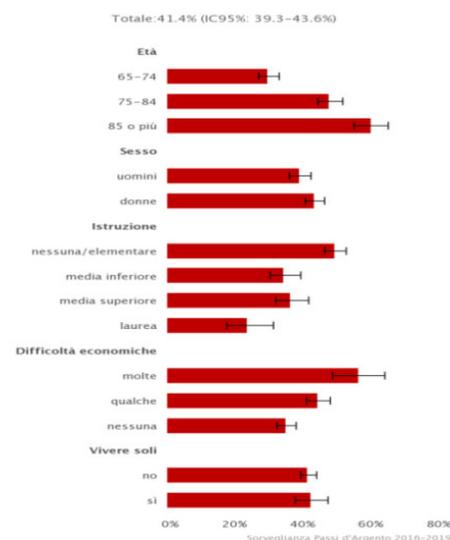
Nella popolazione anziana, l'uso regolare di farmaci e di più farmaci contemporaneamente è frequente perché è alta la prevalenza di patologie croniche e di multimorbidità.

I dati riferiti al biennio 2016-2019 mostrano che circa 9 anziani su 10 ha fatto uso di farmaci nella settimana precedente l'intervista; inoltre circa 4 anziani su 10 riferiscono di averne consumati almeno 4 diverse tipologie, ma fra chi ha consumato farmaci solo il 44% riferisce che il proprio medico nei 30 giorni precedenti l'intervista ha verificato il corretto uso dei farmaci prescritti. I dati sono in linea con la media nazionale.

In particolare l'assunzione di 4 o più diversi farmaci è più frequente all'aumentare dell'età e fra le classi socialmente più svantaggiate per istruzione o per difficoltà economiche.

L'assunzione di almeno 4 farmaci diversi riguarda il 41% di coloro che

#### Uso di almeno 4 tipologie diverse di farmaci per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



riferiscono una patologia cronica, ma ben il 71% di coloro che hanno co-morbidity (presenza contemporanea di due o più patologie croniche fra quelle indagate).

### **Tumori**

Nel 2019 in Umbria i nuovi casi di tumore attesi, sulla base delle stime AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), sono circa 6.400: 3.500 tra gli uomini (688 ogni 100mila abitanti) e 2.900 tra le donne (514 per 100mila). Il tumore più frequente in termini assoluti è quello del colon-retto (850 casi nell'anno), seguito dalla mammella (800), dalla prostata (750) e dal polmone (650) (tab. 12).

Nel contesto nazionale, l'Umbria è tra le regioni con incidenza più elevata negli uomini, seconda solo al Friuli Venezia Giulia; in particolare negli uomini umbri l'incidenza di tumore dello stomaco e della cute (melanomi) è la più alta a livello nazionale.

*Tab. 12 – Tumori attesi per genere e sede principale – Stima dei casi incidenti e tasso standardizzato per età x 100.000 abitanti – Umbria, 2019*

Sede	Maschi		Femmine	
	n.	x 100 mila	n.	x 100 mila
<b>Mammella</b>			800	159,3
<b>Prostata</b>	750	147,8		
<b>Polmone</b>	450	84,8	200	29,8
<b>Colon-retto</b>	450	82,5	400	57,1
<b>Vescica</b>	400	79,2	100	15,6
<b>Stomaco</b>	200	35,6	150	18,3
<b>Cute</b>	150	32,6	150	25,5
<b>Utero cervice</b>			<50	8,4
<b>Tutti</b>	3.500	688	2.900	514

Diagnosi precoci, terapie efficaci e accessibili e nuovi farmaci hanno contribuito negli anni ad aumentare l'aspettativa di vita di un malato oncologico alla diagnosi. Mediamente in Umbria a 5 anni dalla diagnosi il 54% degli uomini e il 63% delle donne è ancora in vita. Il tumore più letale è quello del pancreas, sopravvive a 5 anni meno di un umbro su 10 (7%), seguito dal polmone (16%) e fegato (18%). Rispetto al contesto nazionale, l'Umbria mostra i valori più elevati di sopravvivenza per stomaco (37%) e cervice (76%).

Nel 2018, ultimo dato disponibile, i tumori hanno causato in Umbria 1.501 decessi tra gli uomini e 1.254 tra le donne. Tra gli uomini, circa 1 decesso su 5 è dovuto al tumore del polmone (20,7% del totale dei decessi oncologici), seguito dal colon-retto (11,7%) e prostata (8,7%). Tra le donne i tumori che incidono di più sulla mortalità sono quello della mammella e del polmone (14%) e colon-retto (10,2%).

L'analisi dei trend temporali di incidenza e mortalità permette una valutazione più approfondita del fenomeno tumori. Una riduzione dell'incidenza è un indicatore positivo, segno della minor esposizione a fattori cancerogeni o dell'effetto dell'introduzione di programmi diagnostici in grado di identificare lesioni precoci. Una riduzione della mortalità è un fenomeno anch'esso sempre positivo, perché dovuto sia ad un calo del numero dei soggetti che si ammalano sia alla disponibilità di cure sempre più efficaci.

Un aumento dell'incidenza non è sempre un segnale allarmante. Lo è quando dovuto a un'aumentata esposizione ai fattori causali, come sta avvenendo per il tumore del polmone nelle donne, correlato all'estensione del fumo di tabacco tra le donne. Non è invece un dato negativo se causato da un'anticipazione diagnostica, come accaduto in seguito all'introduzione di screening organizzati. In questo caso l'aumento dell'incidenza rappresenta un'anticipazione della diagnosi di forme tumorali che naturalmente avrebbero dato segni clinici in tempi successivi.

Un aumento della mortalità, al contrario, è sempre un evento sanitario negativo dovuto all'aumento dei soggetti che si ammalano in assenza di un miglioramento nelle terapie disponibili.

L'analisi dei trend di incidenza delle principali neoplasie relativi al periodo 2003-2014, evidenzia in Umbria un notevole calo per i tumori del colon-retto negli uomini (-5,9%), tra i più consistenti a livello nazionale, dovuto molto probabilmente all'introduzione dello screening a livello regionale e, viceversa, un trend in aumento per il tumore del polmone nelle donne particolarmente significativo nella nostra regione (+3,2%). In aumento nelle donne umbre anche la mortalità per questo tipo di tumore.

## Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Nel 2019 sono state registrate 10.613 denunce di infortuni, 223 in più rispetto al 2018; sono circa il 37% in meno rispetto al 2010, contro un decremento a livello nazionale di circa il 26%. Nel 2020 si sono registrate 8.003 denunce, - 24% rispetto all'anno precedente (tab 13).

Tab. 13 - N° di infortuni denunciati. Confronto Umbria e Italia - Periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Umbria</b>	16.767	15.256	13.186	12.744	11.816	11.167	11.260	10.568	10.390	10.613	8.003
<b>ITALIA</b>	871.473	817.731	745.541	694.991	663.039	636.675	641.081	646.933	645.375	644.993	571.198

All'incirca il 70% degli infortuni denunciati nel 2019, ovvero 7.553 infortuni, sono stati definiti positivamente dall'INAIL; 6.715 sono "in occasione di lavoro" cioè accaduti durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, mentre 838 sono "in itinere" cioè avvenuti nel percorso casa-lavoro lavoro-casa. Oltre il 70 % degli infortuni accadono nel settore industria e servizi, circa il 10% in agricoltura e circa il 20% fra i dipendenti delle amministrazioni dello Stato. Analizzando la composizione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro indennizzati nel 2019, si rileva che il 14% hanno determinato menomazioni permanenti o il decesso dell'infortunato.

**Gli infortuni in itinere verranno sempre esclusi da tutte le elaborazioni che seguono, in quanto non correlati a rischio di lavoro. Sono stati esclusi anche gli infortuni a colf, sportivi professionisti e studenti.**

Gli infortuni definiti positivamente in occasione di lavoro si sono nettamente ridotti dal 2010 al 2019 passando da 10.033 a 5.762; tale decremento è attribuibile ad una diminuzione in tutti e tre i settori (agricoltura, industria e servizi, conto stato) (tab. 14).

Tab. 14 – N° di infortuni riconosciuti in occasione di lavoro per settore. Periodo 2010-2019

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro. <sup>1</sup></b>	<b>Industria</b>	8.337	7.476	6.287	5.736	5.399	4.970	5.068	4.811	4.678	4.815
	<b>Agricoltura</b>	1.363	1.226	1.069	1.041	903	879	773	758	739	694
	<b>Stato</b>	333	320	271	263	260	289	261	251	254	253
<b>Totale</b>		<b>10.033</b>	<b>9.022</b>	<b>7.627</b>	<b>7.040</b>	<b>6.562</b>	<b>6.138</b>	<b>6.102</b>	<b>5.820</b>	<b>5.671</b>	<b>5.762</b>

Anche i casi di infortuni con postumi permanenti (>1%) sono passati da 1.888 del 2010 a 894 del 2019; anche in questo caso il decremento è in tutti e tre i settori (agricoltura, industria e servizi, conto stato) (tab. 15).

Tab. 15 - N° di infortuni riconosciuti in occasione di lavoro con postumi permanenti per settore. Periodo 2010-2019

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Infortuni riconosciuti in occasione di lavoro con postumi permanenti <sup>2</sup></b>	<b>Industria</b>	1.522	1.295	1.158	1.109	1.027	954	1.023	926	924	731
	<b>Agricoltura</b>	298	255	224	252	202	207	200	171	151	122
	<b>Stato</b>	68	54	33	52	42	50	54	42	55	41
<b>Totale</b>		<b>1.888</b>	<b>1.604</b>	<b>1.415</b>	<b>1.413</b>	<b>1.271</b>	<b>1.211</b>	<b>1.277</b>	<b>1.139</b>	<b>1.130</b>	<b>894</b>

L'indicatore "tasso standardizzato di infortunio ogni 1.000 occupati", che neutralizza le oscillazioni del numero conseguenti alla variazione della popolazione lavorativa, calcolato nello specifico settore dell'industria e servizi e aggiornato al 2018, conferma il trend infortunistico in decremento nel medio periodo; attualmente è pari a circa 19 infortuni ogni 1000 addetti (fig. 26). L'Umbria rimane comunque una delle regioni in cui tale indicatore è più elevato (al 3° posto nella graduatoria) (fig. 27). Va segnalato che l'indice di gravità (% di infortuni con postumi permanenti e mortali sul totale degli infortuni accaduti), pari al 19%, pone l'Umbria in una posizione migliore nella graduatoria

<sup>1</sup> Esclusi colf, sportivi professionisti, studenti

delle regioni, al 12° posto (fig. 28); tale dato, associato alla distribuzione regionale del fenomeno, fa ipotizzare che le differenze rilevate in alcune aree del paese, possano celare fenomeni di sotto-notifica degli infortuni lievi, probabilmente meno accentuati in Umbria. Va però detto che nel 2019 il 14% degli infortuni occorsi a lavoratori stranieri hanno postumi permanenti, contro il 16% fra gli italiani; tale dato fa supporre che, in tale particolare sottogruppo di lavoratori, a causa delle irregolarità contrattuali, vengano sotto-notificati anche alcuni infortuni più gravi.

Fig. 26 - Andamento del tasso standardizzato di infortunio, industria e servizi, 2010-2018

Fig. 27 - Tasso di infortunio standardizzato, industria e servizi. Anno 2018

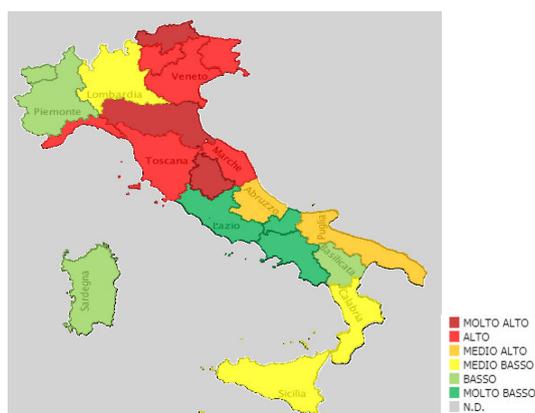


Fig. 28 - % di infortuni gravi, industria e servizi, per regione. Anno 2018

Rispetto al fenomeno infortunistico nei diversi settori produttivi, i dati evidenziano che:

- i settori che più contribuiscono alla numerosità degli infortuni sono le attività manifatturiere (21% comprendenti la metalmeccanica, il settore del legno etc.), l'agricoltura (12%); le costruzioni (11%), il commercio (10%) e i trasporti/magazzinaggio (7%); le costruzioni e l'agricoltura sono inoltre i comparti che più contribuiscono agli infortuni con postumi permanenti (rispettivamente circa il 19% e il 18%);
- il tasso di infortunio è elevato nei settori della fornitura di acqua, nei trasporti e magazzinaggio, nell'estrazione di minerali, in agricoltura, nel settore degli alberghi e ristorazione, sanità e costruzioni;
- la gravità è elevata nel settore delle costruzioni, agricoltura, estrazione minerali, trasporti, manifatturiero, commercio;
- il 17% degli infortuni in occasione di lavoro sono occorsi a lavoratori nati all'estero; in proporzione i settori in cui la percentuale di infortuni in lavoratori nati all'estero sul totale è maggiore sono nell'ordine il settore I Alloggio e ristorazione (27%), B estrazione di minerali (25%), F Costruzioni (23%), N Noleggio, agenzie di viaggio (23%), H Trasporto e magazzinaggio (20%), Agricoltura (20%);
- I settori delle costruzioni e dell'edilizia presentano quindi, sotto il profilo della salute e sicurezza, livelli di rischio elevati sebbene nel tempo siano stati registrati notevoli miglioramenti.
- Per quanto riguarda il **fenomeno infortunistico in edilizia**:
- da tempo si registra una diminuzione costante del numero complessivo di infortuni definiti positivamente (nel 2019 sono accaduti 634 infortuni in occasione di lavoro, contro i 1407 del 2010); calo parzialmente correlato alla riduzione della forza lavoro, come dimostrato dal decremento contestuale della frequenza di infortunio (il tasso per 1000 addetti è passato da 46 nel 2010 a 26 nel 2018);
- la frequenza di infortunio è fra le più elevate del settore industria e servizi e, in Umbria, è al di sopra della media nazionale, confermando l'edilizia come uno dei comparti più a rischio;
- l'elevata frequenza di infortunio si accompagna ad elevata gravità; se si considera la percentuale di infortuni con postumi permanenti sul totale degli infortuni accaduti, al contrario di quanto accade per la frequenza di infortunio, si rileva un andamento in lieve incremento (nel 2018 il 26% degli infortuni accaduti hanno esitato in postumi permanenti), dato che sottende ad estesi fenomeni di sotto-notifica;
- il 23% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati all'estero; sebbene la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente > al 5% e inabilità temporanea > 40 giorni) occorsi a lavoratori nati all'estero sia inferiore a quella rilevata fra i lavoratori italiani (33% versus 40%), dal 2008 al 2019 vi è stato un incremento superiore rispetto a quello occorso fra gli italiani (+60% versus +19%), elemento che fa supporre fenomeni di sotto-notifica degli infortuni, legata alla diffusa componente di lavoro sommerso;
- il 32% degli infortunati ha fra 41 e 50 anni, il 31% tra 51 e 60 anni, il 8% ha più di 60 anni;
- il settore edile contribuisce per circa il 20% al numero di infortuni mortali in occasione di lavoro, al secondo posto dopo il settore agricoltura (circa il 30%).

Per quanto riguarda il settore **agricoltura**:

- la numerosità degli infortuni positivi in occasione di lavoro è in costante decremento (nel 2019 sono accaduti 694 infortuni in occasione di lavoro, contro i 1363 del 2010) calo parzialmente correlato alla riduzione della forza lavoro, come dimostrato dalla riduzione contestuale della frequenza di infortunio (il tasso per 1000 addetti è passato da 87 nel 2010 a 43 nel 2018);
- è da sempre un settore ad elevata rischiosità, come evidenziato dagli indicatori (tasso e percentuale di infortuni con postumi permanenti) che sono nettamente più elevati che nel settore industria e servizi, anche se la percentuale di infortuni con postumi sembra ridursi negli ultimi tre anni (nel 2019 è pari al 18%, ma alcuni infortuni gravi potrebbero non aver completato l'iter amministrativo INAIL).
- il 20% degli infortunati in occasione di lavoro del 2019 sono nati all'estero; il tal caso la percentuale di infortuni gravi (con inabilità permanente > al 5% e inabilità temporanea > 40 giorni) occorsi a lavoratori nati all'estero è

solo lievemente inferiore a quella rilevata fra i lavoratori italiani (38% versus 40%) e dal 2008 al 2019 vi è stato un incremento della percentuale superiore rispetto a quello occorso fra gli italiani (+50% versus +19%), elemento che fa supporre fenomeni di sotto-notifica degli infortuni, legata alla diffusa componente di lavoro sommerso;

- il 30% degli infortunati ha fra 51 e 60 anni, il 21% ha più di 60 anni;
- l'agricoltura è il settore che più contribuisce agli infortuni mortali.

Anche per gli **infortuni mortali**, che presentano maggiori oscillazioni dovute alla esiguità dei numeri, si apprezza una riduzione nel medio periodo (nel 2019 si sono avuti 7 infortuni mortali in occasione di lavoro, nel 2020 8, mentre nel 2010 erano stati 11)(tab. 16).

Il fenomeno delle morti sul lavoro riguarda, come detto, soprattutto i settori agricoltura e costruzioni, che contribuiscono per circa il 20% e il 30% rispettivamente (tab. 17).

Tab. 16 - Infortuni mortali, periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
<b>Totali</b>	16	20	15	22	12	10	9	10	15	10	10
<b>In occasione di lavoro</b>	11	18	14	18	12	8	4	8	7	7	8
<b>In itinere</b>	5	2	1	4	0	2	5	2	8	3	2

\*dati estratti da open data aggiornati al 30 aprile 2021

Tab. 17 - Infortuni mortali in occasione di lavoro per settore produttivo, periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Industria e servizi</b>										
A 0161 Attività di supporto alla produzione vegetale	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
A 022 UTILIZZO DI AREE FORESTALI	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
A 02300 Raccolta di prodotti selvatici non legnosi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
A 031200 Pesca in acque dolci e servizi connessi	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 10611 Molitura del frumento	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
C 1091 Produzione di mangimi per l'alimentazione degli animali da allevamento	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
C 143 FABBRICAZIONE DI ARTICOLI DI MAGLIERIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 1623 Fabbricazione di altri prodotti di carpenteria in legno e falegnameria per l'edilizia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C 2312 Lavorazione e trasformazione del vetro piano	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 2363 Produzione di calcestruzzo pronto per l'uso	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2007 C 241 SIDERURGIA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
C 243 FABBRICAZIONE DI ALTRI PRODOTTI DELLA PRIMA TRASFORMAZIONE DELL'ACCIAIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
C 2511 Fabbricazione di strutture metalliche e di parti di strutture	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
C 25110 Fabbricazione di strutture metalliche e parti assemblate di strutture	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
C 25620 Lavori di meccanica generale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
C 33125 Riparazione e manutenzione di altre macchine di impiego generale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
E 37 GESTIONE DELLE RETI FOGNARIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
E 38110 Raccolta di rifiuti solidi non pericolosi	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
E 38210 Trattamento e smaltimento di rifiuti non pericolosi; produzione di compost	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
F 412 COSTRUZIONE DI EDIFICI RESIDENZIALI E NON RESIDENZIALI	2	3	0	1	0	0	0	0	1	0
F 41200 Costruzione di edifici residenziali e non residenziali	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F 4311 Demolizione	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
F 432101 Installazione di impianti elettrici in edifici o in altre opere di costruzione (inclusa manutenzione e riparazione)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
F 43390 Altri lavori di completamento e di finitura degli edifici	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
F 433901 Attività non specializzate di lavori edili (muratori)	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
F 4399 Altri lavori specializzati di costruzione nca	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
F 43990 Altri lavori specializzati di costruzione nca	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
F 439909 Altre attività di lavori specializzati di costruzione nca	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
G 45201 Riparazioni meccaniche di autoveicoli	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
G 45203 Riparazione di impianti elettrici e di alimentazione per autoveicoli	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
G 45403 Manutenzione e riparazione di motocicli e ciclomotori (inclusi i pneumatici)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
G 46211 Commercio all'ingrosso di cereali e legumi secchi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
G 4622 Commercio all'ingrosso di fiori e piante	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G 46494 Commercio all'ingrosso di articoli sportivi (incluse le biciclette)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
G 47112 Supermercati	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
H 49322 Trasporto mediante noleggio di autovetture da rimessa con conducente	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
H 4941 Trasporto di merci su strada	2	0	0	2	1	1	0	0	0	0
H 49410 Trasporto di merci su strada	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

H 5224 Movimentazione merci	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
H 52292 Intermediari dei trasporti, servizi logistici	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
I 551 ALBERGHI E STRUTTURE SIMILI	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
I 56101 Ristorazione con somministrazione; ristorazione connessa alle aziende agricole	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
I 56103 Gelaterie e pasticcerie	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
K 662202 Agenti di assicurazioni	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
M 74202 Laboratori fotografici per lo sviluppo e la stampa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
N 801 SERVIZI DI VIGILANZA PRIVATA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
N 813 CURA E MANUTENZIONE DEL PAESAGGIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
N 821909 Servizi di fotocopiatura, preparazione di documenti e altre attività di supporto specializzate per le funzioni d'ufficio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
O 841110 Attività degli organi legislativi ed esecutivi, centrali e locali; amministrazione finanziaria; amministrazioni regionali, provinciali e comunali	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Q 869042 Servizi di ambulanza, delle banche del sangue e altri servizi sanitari nca	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Agricoltura</b>	0	5	2	6	2	2	2	4	0	4
<b>Conto stato</b>			1							
<b>Non determinato</b>	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

Per quanto riguarda le **malattie professionali** si registra un incremento rilevante del numero di malattie professionali denunciate, nel 2019 sono 2297 (nel 2010 erano 1353) (tab. 18), nel 72% di lavoratori di sesso maschile; il 62% sono malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (nel 2015 era il 61%), il 21% malattie del sistema nervoso (perlopiù sindrome de tunnel carpale, in incremento, nel 2015 era il 17%), l'8% malattie dell'orecchio (in diminuzione, nel 2015 era il 10%), il 3% tumori.

Tab. 18 - N° di malattie professionali denunciate, periodo 2013-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Industria e servizi</b>	1225	1296	1279	1280	1420	1580	1618	1763	1899	2024
<b>Agricoltura</b>	111	130	114	141	188	251	251	229	276	245
<b>Conto Stato</b>	17	24	22	21	19	41	30	24	39	28
<b>Totale</b>	1353	1450	1415	1442	1627	1872	1899	2016	2214	2297

Nel settore delle costruzioni si registra il 16% delle malattie professionali denunciate, seguito dall'agricoltura (12%) e dalle attività manifatturiere (comprendente numerose attività, dalla metalmeccanica alla lavorazione del legno, della ceramica, l'industria alimentare etc.)(tab. 19).

Tab. 19 - N° di malattie professionali denunciate per settore, periodo 2013-2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>A Agricoltura, silvicoltura e pesca</b>	6	9	10	19	15	18	11
<b>B Estrazione di minerali</b>	6	2	1	3	8	4	2
<b>C Attività manifatturiere</b>	354	307	333	281	331	331	363
<b>D Fornitura di energia</b>	2	0	3	6	8	0	0
<b>E Fornitura di acqua</b>	13	10	18	16	18	32	36
<b>F Costruzioni</b>	176	226	260	243	294	278	378
<b>G Commercio</b>	104	127	126	112	122	170	178
<b>H Trasporto e magazzinaggio</b>	65	60	67	54	47	53	56
<b>I Alloggio e ristorazione</b>	17	16	40	19	27	39	36
<b>J Informazione e comunicazione</b>	3	1	0	3	1	5	1
<b>K Finanza e assicurazioni</b>	4	2	0	2	1	4	3
<b>L Attività immobiliari</b>	0	1	0	3	6	1	3
<b>M Professioni</b>	8	5	13	15	7	8	11
<b>N Noleggio, agenzie di viaggio</b>	19	24	28	25	20	20	17
<b>O Amministrazione pubblica</b>	22	13	24	10	23	16	22
<b>P Istruzione</b>	3	0	1	0	2	2	3
<b>Q Sanità</b>	46	37	55	60	41	50	46
<b>R Arte, sport, intrattenimento</b>	1	0	7	2	0	0	1
<b>S Altre attività di servizi</b>	45	73	87	75	61	82	79
<b>X Non Classificato</b>	357	444	474	644	716	774	775
<b>AGRICOLTURA</b>	141	188	253	251	230	275	246
<b>CONTO STATO</b>	21	19	41	30	24	38	28

Nel 2019 il 35% delle malattie professionali denunciate sono state definite positivamente dall'istituto assicuratore; dei 627 lavoratori a cui è stata riconosciuta la patologia professionale 608 hanno avuto il riconoscimento di menomazione permanente (di grado variabile da 1 a 85%) e 9 di esito mortale.

## Incidenti stradali

Gli incidenti stradali, per i considerevoli impatti sulla salute in termini di mortalità (decessi) e morbosità (in particolare invalidità permanenti e temporanee) soprattutto tra i più giovani, rappresentano da diversi anni una rilevante problematica di prevenzione e di sanità pubblica.

Nel 2019 si sono verificati in Umbria 2.306 incidenti stradali che hanno causato la morte di 51 persone e il ferimento di altre 3.222 (tab. 20). Rispetto al 2018 diminuiscono sia gli incidenti (-3,3%) che i feriti (-5,2%), con decrementi maggiori di quelli rilevati nell'intero Paese (rispettivamente -0,2% e -0,6%); il numero delle vittime della strada, invece, aumenta del 6,3%, a fronte di un calo in Italia del 4,8%. Tra il 2018 e il 2019 l'indice di lesività diminuisce da 142,6 feriti ogni 100 incidenti a 139,7 mentre l'indice di gravità (rapporto tra il numero dei decessi e somma di decessi e feriti moltiplicato 100) aumenta da 1,4 a 1,6.

Tab. 20 - Incidenti stradali, morti, feriti e tasso di mortalità per provincia, valori assoluti e variazioni percentuali. Umbria

PROVINCE	2019			2018			Morti Differenza 2019/2018 (valori assoluti)	Morti Variazioni % 2019/2010	Tasso di mortalità 2019
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti			
Perugia	1.682	35	2.375	1.718	33	2.474	2	-28,6	5,3
Terni	624	16	847	667	15	926	1	-46,7	7,1
<b>Umbria</b>	<b>2.306</b>	<b>51</b>	<b>3.222</b>	<b>2.385</b>	<b>48</b>	<b>3.400</b>	<b>3</b>	<b>-35,4</b>	<b>5,8</b>
<b>Italia</b>	<b>172.183</b>	<b>3.173</b>	<b>241.384</b>	<b>172.553</b>	<b>3.334</b>	<b>242.919</b>	<b>-161</b>	<b>-22,9</b>	<b>5,3</b>

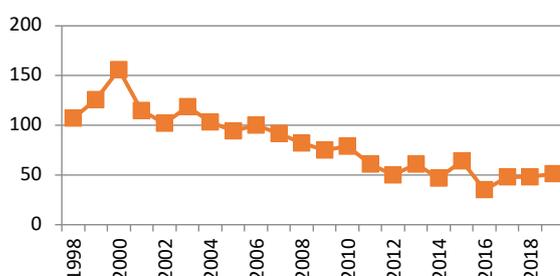
### L'Umbria rispetto agli obiettivi europei

I Programmi d'azione europei per la sicurezza stradale, per i decenni 2001-2010 e 2011-2020, impegnano i Paesi membri al dimezzamento dei morti per incidente stradale con una particolare attenzione, nel decennio in corso, agli utenti vulnerabili.

Nel periodo 2001-2010 le vittime della strada si sono ridotte del 32,5%, meno della media nazionale (-42,0%); fra il 2010 e il 2019 si registrano variazioni, rispettivamente di -35,4% e -22,9%. Nello stesso lasso di tempo (2010-2019) l'indice di mortalità sul territorio regionale è passato da 2,7 a 2,2 deceduti ogni 100 incidenti mentre quello medio nazionale diminuisce lievemente (da 1,9 a 1,8).

La tendenza di diminuzione costante dei morti registrata in Umbria fino al 2012 si interrompe a causa di un nuovo incremento dei morti nel 2013 e successivamente nell'anno 2015, a cui fa seguito negli anni successivi un andamento incostante dei morti in valore assoluto, che interrompe la tendenza virtuosa (fig. 29).

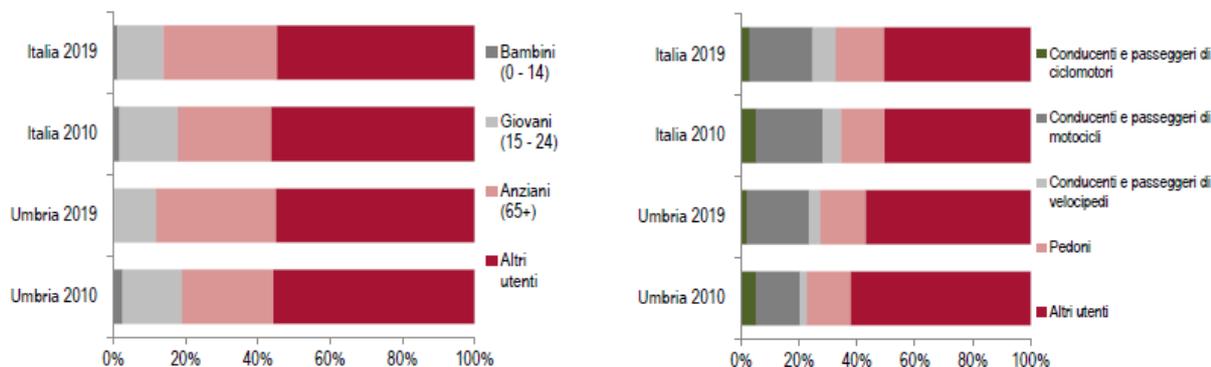
Fig. 29 - Andamento temporale dei morti per incidente stradale in Umbria – Dati ISTAT anni 1998-2019.



Nel 2019, l'incidenza degli utenti vulnerabili per età (bambini, giovani e anziani), deceduti in incidente stradale, in Umbria è in linea con la media nazionale (45,1% contro 45,2%).

Guardando invece agli utenti vulnerabili secondo il ruolo svolto nell'incidente (conducenti/passeggeri di veicoli a due ruote e pedoni) il loro peso relativo (sul totale dei deceduti) è inferiore nel 2019 a quello nazionale (43,1% contro 49,6%). Negli ultimi nove anni (2010-2019) l'incidenza di pedoni deceduti è rimasta stabile (da 15,2% a 15,7%) mentre nel resto del Paese è aumentata da 15,1% a 16,8% (fig. 30).

Fig. 30 - Utenti vulnerabili per età e ruolo e utenti nel complesso morti per incidente stradale in Umbria e in Italia. Anni 2010 e 2019, composizioni percentuali



### I costi sociali

Nel 2019 il costo dell'incidentalità con danni alle persone è stimato in quasi 17 miliardi di euro per l'intero territorio nazionale (279,5 euro pro capite) e in poco più di 238 milioni di euro (270,2 euro pro capite) per l'Umbria; la regione incide per l'1,4% sul totale nazionale.

### Il rischio di incidente stradale

L'incidentalità rimane alta nelle aree più abitate e nei principali assi della rete stradale regionale (E45, RA06 Raccordo autostradale Bettolle-Perugia, SS 075 Centrale Umbra, SS 003 Via Flaminia). Gli incidenti più pericolosi si verificano, invece, nei centri minori: l'indice di mortalità è pari a 2,1 nei comuni con più di 15.000 abitanti e a 2,7 negli altri. L'indice di mortalità, nel periodo 2018-2019, aumenta di poco nel comune di Perugia (da 1,2 decessi ogni 100 incidenti del 2018 a 1,3 nel 2019) e diminuisce nel comune di Terni (da 1,8 a 1,0).

Nel 2019 il maggior numero di incidenti (1.508, il 65,4% del totale) si è verificato sulle strade urbane, provocando 19 morti (37,3% del totale) e 1.998 feriti (62,0%). Rispetto all'anno precedente i sinistri, diminuiscono in tutti gli ambiti stradali: dell'1,4% in città, del 20,4% sulle autostrade e del 4,7% sulle strade extraurbane.

Gli incidenti più gravi avvengono sulle strade extraurbane (4,2 decessi ogni 100 incidenti) e sulle autostrade e raccordi (2,3 ogni 100). Sulle strade urbane il 50,5% dei sinistri stradali avviene lungo un rettilineo. Sulle strade extraurbane tale percentuale sale al 57,6%. In ambito urbano gli incidenti che avvengono in corrispondenza degli incroci rappresentano il 19,5% del totale, seguono quelli che si verificano nei pressi di una intersezione (14,5%) e in curva (8,4%). Lungo le strade extraurbane il 25,9% degli incidenti si verifica in curva, il 6,1% nei pressi di una intersezione.

Nel periodo primaverile ed estivo la concentrazione degli incidenti è più elevata, in coincidenza con la maggiore mobilità legata a periodi di vacanza. Tra aprile e settembre si contano 1.195 incidenti (il 51,8% di quelli avvenuti durante l'anno) in cui hanno subito lesioni 1.678 persone (52,1%) e 27 sono decedute (52,9%). Anche nel periodo autunnale si registra un numero consistente di eventi: nel mese di ottobre si sono verificati 214 incidenti (9,3%) che hanno causato il decesso di 6 persone (11,8%) e il ferimento di altre 302 (9,4%)(fig. 31).

Oltre il 78% degli incidenti ha luogo tra le 8 e le 20 ma l'indice di mortalità raggiunge i valori più elevati nella fascia oraria tra le tre e le quattro della notte (15,0 morti ogni 100 incidenti) con un valore di molto superiore alla media giornaliera (2,2)(fig. 32). Il venerdì e il sabato notte si concentrano il 43,5% degli incidenti notturni, il 60,0% delle vittime e il 43,8% dei feriti. L'indice di mortalità dei soli incidenti notturni è pari a 3,7 decessi ogni 100 incidenti.

Fig. 31 - Incidenti stradali, morti e feriti per mese, Umbria. Anno 2019, valori percentuali

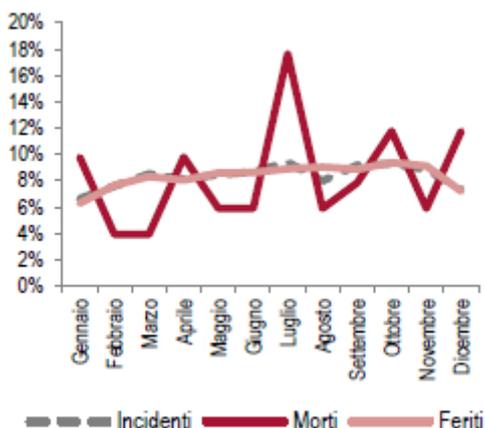
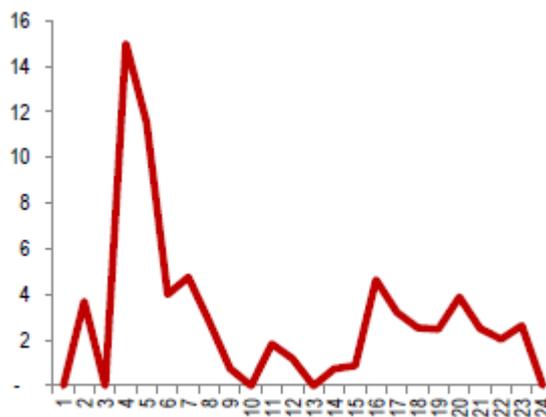


Fig. 32 - Incidenti stradali con lesioni a persone per ora del giorno, Umbria. Anno 2019, indice di mortalità



I comportamenti a rischio e le persone coinvolte

La maggior parte degli incidenti stradali avviene tra due o più veicoli (66,6%); la tipologia di incidente più diffusa è lo scontro frontale-laterale, seguita dal tamponamento. Lo scontro frontale è anche la tipologia più pericolosa (6,8 decessi ogni 100 incidenti), seguono l’urto con ostacolo accidentale (4,4), l’urto con veicolo in momentanea fermata o arresto e la caduta da veicolo. Gli incidenti a veicoli isolati risultano più rischiosi, con una media di 3,4 morti ogni 100 incidenti, rispetto a quelli che vedono coinvolti più veicoli (1,6 decessi).

Nell’ambito dei comportamenti errati di guida, la guida distratta, la velocità troppo elevata e il mancato rispetto delle regole di precedenza sono le prime tre cause di incidente, costituendo complessivamente il 44,0% dei casi.

Il tasso di mortalità standardizzato è più alto per la classe di età 65+ anni (7,3 per 100mila abitanti). I conducenti dei veicoli coinvolti rappresentano il 72,5% delle vittime e il 69,1% dei feriti in incidenti stradali, le persone trasportate l’11,8% dei morti e il 22,1% dei feriti, i pedoni il 15,7% dei deceduti e l’8,8% dei feriti. Il 75,0% dei pedoni rimasti vittima di incidente stradale e il 41,9% dei pedoni feriti appartiene alla classe di età 65+. L’indice di lesività standardizzato è pari a 669,5 per la classe di età 15-29 anni e a 457,0 per quella 30-44 anni.

Fig. 33 - Morti per genere, classe di età (asse sinistro, valori assoluti) e tasso di mortalità standardizzato (asse destro, valori per 100.000 abitanti), Umbria. Anno 2019

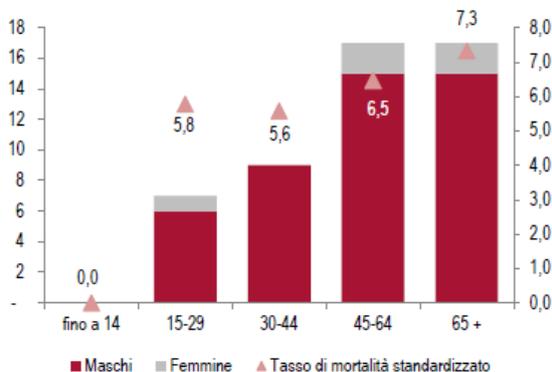


Fig. 34 - Piramide delle età dei morti per genere e categoria di utente della strada, Umbria. Anno 2019, valori assoluti

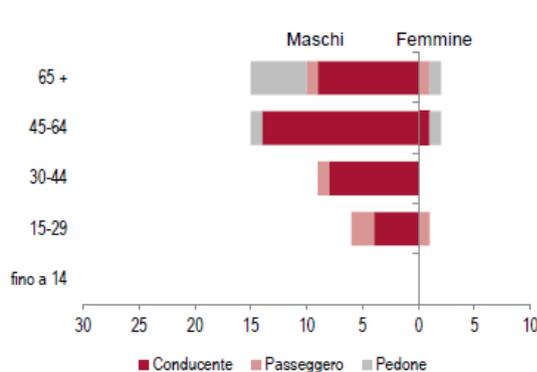


Fig. 35 - Feriti per genere, classe di età (asse sinistro, valori assoluti), e tasso di lesività standardizzato (asse destro, valori per 100.000 abitanti), Umbria. Anno 2019

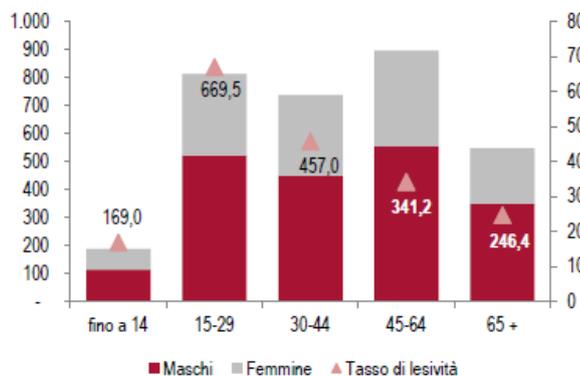
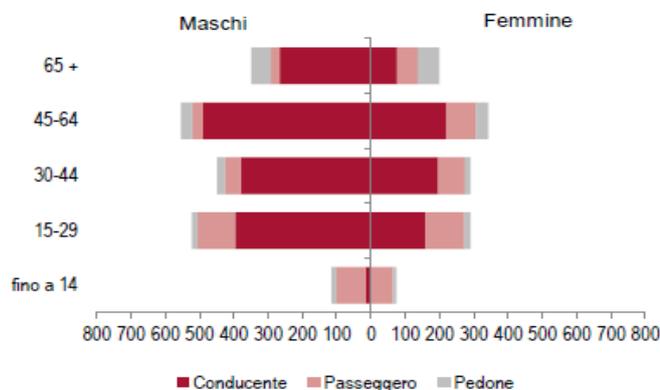
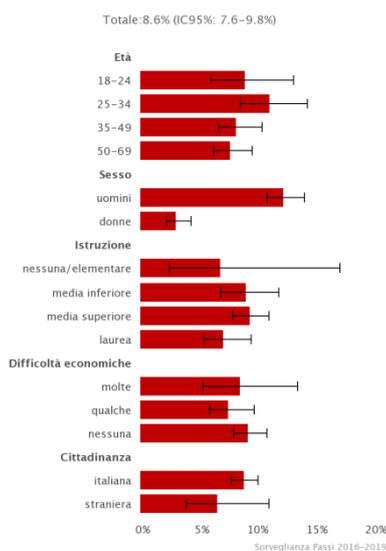


Fig. 36 - Piramide delle età dei feriti per genere e categoria di utente della strada, Umbria. Anno 2019, valori assoluti



## Alcol e guida

Guida sotto effetto dell'alcol per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria



In Umbria tra i bevitori di **18-69 anni** che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi, circa il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, avendo assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di essersi messi alla guida. Inoltre il 6% dichiara di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (12%) che dalle donne (3%), dai 25-34enni e da coloro che hanno un maggior livello di istruzione.

Rassicura la fascia di età dei neopatentati (18-24enni) per la minor propensione alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

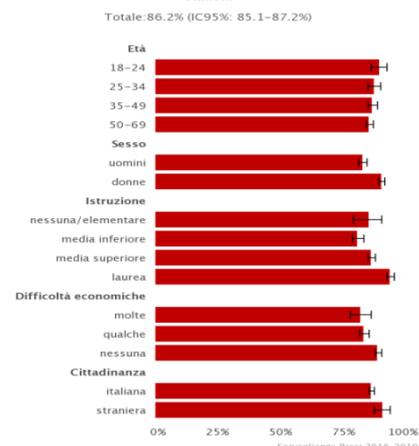
Dall'analisi dell'ultimo triennio disponibile emerge che il dato umbro è superiore alla media nazionale.

In Umbria, dal 2008 si osserva una riduzione, seppur non significativa, della quota di persone che si sono messe alla guida sotto l'effetto dell'alcol. Dato confermato dal trend nazionale.

## Sicurezza Stradale

Dai 10 anni di sorveglianza PASSI emerge che in Umbria, così come in Italia, l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza individuale è nel tempo in significativo aumento. Complessivamente l'uso dei dispositivi di sicurezza è meno frequente fra le persone più svantaggiate, per istruzione e/o per reddito. I neopatentati si confermano essere coloro che hanno una maggiore attenzione verso una guida sicura sia per il maggior uso delle cinture anteriori che per la minor propensione alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

Uso cintura anteriore sempre caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Umbria



### L'uso della cintura di sicurezza anteriore

Tra i **18-69enni** umbri l'uso della cintura di sicurezza anteriore è abbastanza diffuso anche se lontano da una copertura totale dettata dall'obbligo di legge: nel quadriennio 2016-2019, l'85% degli intervistati che hanno viaggiato in auto, come guidatori o passeggeri sul sedile anteriore, dichiarano di indossare sempre la cintura di sicurezza. L'uso della cintura di sicurezza anteriore è più frequente tra le donne, tra i neopatentati (18-24enni), tra coloro che hanno un maggior livello di istruzione e minori difficoltà economiche e tra i cittadini stranieri. Il dato umbro è in linea con quello medio nazionale.



### L'uso della cintura di sicurezza posteriore

Molto meno frequente è l'uso della cintura posteriore: appena il 17% degli intervistati dichiara di indossarla sempre.

Il dispositivo di sicurezza individuale è utilizzato maggiormente dai 18-24enni e dai cittadini stranieri.

L'Umbria mostra percentuali di utilizzo delle cinture di sicurezza posteriori più basse della media nazionale.

### L'uso del casco

Una pratica ormai consolidata sembra essere l'uso del casco in moto: circa il 98% degli intervistati, che nei 12 mesi precedenti l'intervista hanno viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri, dichiara di aver indossato sempre il casco. Il

comportamento è più frequente in coloro che hanno un maggior livello di istruzione. In questo caso i cittadini stranieri sembrano usare meno questo dispositivo di sicurezza.

### L'uso dei seggiolini

Dal 2011 la sorveglianza Passi rileva anche l'utilizzo di seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto di bambini: dai dati relativi al quadriennio 2016-2019 emerge che, in Umbria, tra coloro che viaggiano in auto con bimbi di 0-6 anni di età, il 15% dichiara di avere difficoltà a far uso di questi dispositivi, di non utilizzarli affatto o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza per il bambino. Il dato umbro è in linea con il valore medio nazionale.

### I controlli da parte delle forze dell'ordine

I controlli sistematici da parte delle forze dell'ordine sono uno strumento di provata efficacia per la riduzione della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Il 37% degli umbri intervistati dichiara di essere stato fermato dalle forze dell'ordine nei 12 mesi precedenti l'intervista.

L'Umbria è tra le regioni con la maggiore percentuale di controlli da parte delle forze dell'ordine.

Risultano ancora poco diffusi i controlli sistematici con etilotest: solo il 8% tra coloro che sono stati fermati riferisce infatti di essere stato sottoposto a questo controllo.



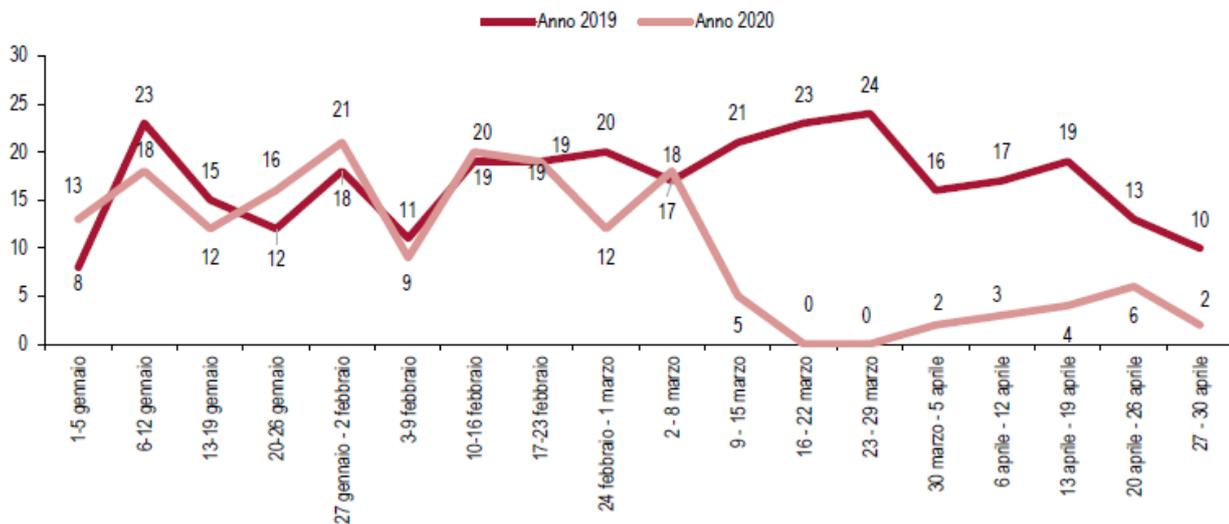
La mobilità e l'incidentalità stradale ai tempi del COVID19: primi dati del 2020

Con l'arrivo della pandemia da COVID19 la mobilità ha avuto una battuta d'arresto come mai si era verificato prima. Nel periodo di lockdown il tasso di mobilità (percentuale di persone che hanno compiuto almeno uno spostamento in giornata, ad eccezione dei tragitti a piedi inferiori ai 5 minuti) è passato dall'85% al 32% mentre la lunghezza media degli spostamenti è diminuita del 40%.

I primi dati, forniti dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri per gli incidenti con lesioni a persone (circa un terzo degli incidenti totali registrati), nel periodo gennaio-aprile 2020, mostrano in maniera evidente gli effetti dell'entrata in vigore dei Decreti, che hanno istituito prima le zone rosse in alcune regioni del Nord Italia e successivamente il confinamento di tutta la popolazione sull'intero territorio nazionale.

Dal confronto dei dati settimanali di incidentalità con l'anno precedente emergono diminuzioni che nella regione Umbria toccano anche punte dell'87,5% (90% in Italia) durante il mese di aprile. Mediamente il decremento degli incidenti stradali è stato del 72,9% a marzo e del 77,3% ad aprile (72% a marzo e 85% ad aprile a livello nazionale).

Fig. 37 - Incidenti stradali con lesioni a persone rilevati da polizia stradale e carabinieri per settimana e mese, Umbria. Anni 2019-2020

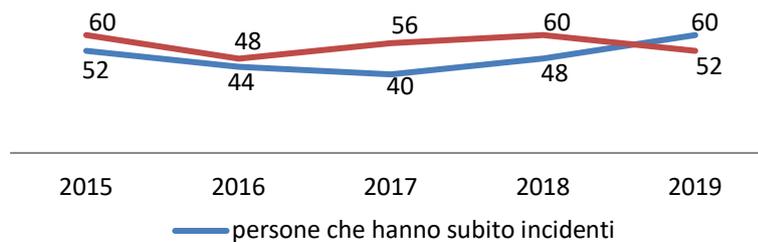


## Incidenti domestici

L'incidente è spesso la risultante di un insieme di eventi e situazioni concatenate e non casuali che possono in grande misura previsti ed evitati attraverso la ricerca dei fattori e degli indicatori di rischio, l'individuazione dei soggetti maggiormente esposti e delle modalità più frequenti che caratterizzano l'evento. Gli incidenti domestici (ID) sono eventi accidentali che avvengono nelle abitazioni, comportando la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona a causa di lesioni di vario tipo. Accadono prevalentemente in conseguenza di cadute, avvelenamenti, ustioni, tagli e ferite. Le persone maggiormente esposte al rischio di ID sono quelle che trascorrono molto tempo in casa, come casalinghe, bambini e anziani. Definire strategie di prevenzione mirate al contenimento di questo fenomeno è complesso, sia per la difficoltà nel raggiungere le categorie target di un potenziale intervento che per la mancanza di dati e statistiche.

In Umbria sempre nel 2019 gli incidenti domestici stimati sono stati circa 52.000 con un trend in lieve flessione ma sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni; aumenta invece la quota di persone che dichiarano di essere state coinvolte in incidenti domestici (fig.38).

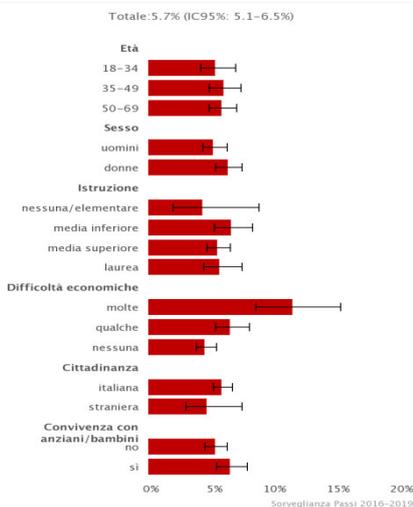
Fig. 38 – Persone coinvolte in incidenti e numero di incidenti (migliaia). Umbria, trend 2015-2019 (fonte ISTAT)



## Sicurezza Domestica

Nella popolazione **18-69enne** la consapevolezza del rischio di infortunio domestico è scarsa: solo il 6% degli umbri intervistati considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri

### Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria



familiari). Questa consapevolezza è maggiore tra i 35-49enni, tra le donne, tra chi riferisce maggiori difficoltà economiche e tra chi vive con anziani o bambini.

In Umbria si osserva una minor consapevolezza del rischio di infortunio domestico rispetto al dato medio nazionale.

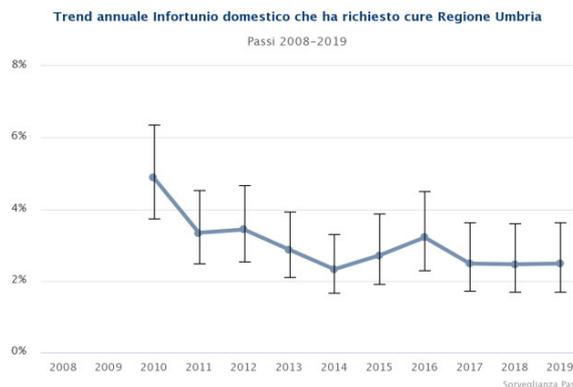
L'analisi dell'andamento temporale mostra una tendenza alla diminuzione della consapevolezza del rischio di infortunio domestico fino al 2014, per poi mostrare una sostanziale stabilità.

### Consapevolezza del rischio di infortunio domestico per regione di residenza Passi 2016-2019



## L'infortunio domestico

Meno di 3 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale). Il dato umbro è in linea con il valore medio nazionale. In Umbria l'andamento nel tempo degli infortuni domestici che hanno previsto il ricorso a cure mediche è in diminuzione, coerentemente con il dato nazionale.



## Le cadute

Il problema delle cadute nell'anziano è particolarmente rilevante non solo per frequenza e per la gravità degli esiti nel caso di fratture, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona, perché anche la sola insicurezza legata alla paura di cadere può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Nel biennio 2016-2019 il 9% degli intervistati ha dichiarato di essere caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista. Di questi il 19% ha avuto necessità di un ricovero ospedaliero di almeno un giorno.

Le cadute sono più frequenti con l'avanzare dell'età e non si osservano differenze di genere. Una quota più elevata di cadute si osserva fra le persone che riferiscono molte difficoltà economiche.

L'Umbria mostra valori in linea con la media nazionale.

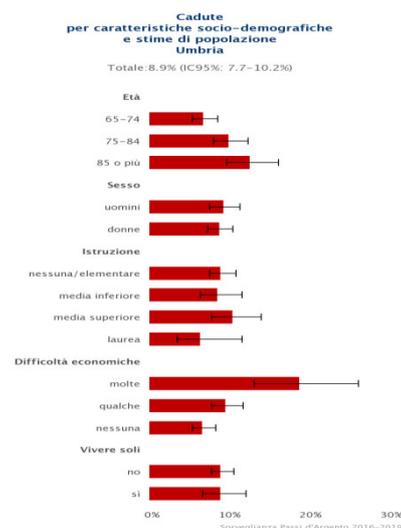
La caduta incute timore: il 44% degli over 64enni umbri ha paura di cadere, valore significativamente superiore rispetto al dato medio nazionale.

La paura di cadere cresce con l'età, è maggiore fra le donne, fra chi ha molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Le cadute avvengono per lo più all'interno della casa (64%) e meno frequentemente in strada (7%), in giardino (17%) o altrove (11%). Tuttavia la casa non è percepita dagli anziani come un luogo a rischio di cadute: solo il 40% degli over 64enni la reputa un luogo in cui è alta o molto alta probabilità di avere un infortunio (dato superiore alla media nazionale).

Questa consapevolezza cresce con l'età, è maggiore fra le donne e fra le persone con molte difficoltà economiche o bassa istruzione.

Il 72% degli intervistati ricorre all'uso di presidi anticaduta in bagno. L'uso di questi presidi è più frequente al crescere dell'età, fra le persone con maggiori difficoltà economiche e fra chi ha un basso livello di istruzione. Anche questo dato è in media con quello nazionale.



## L'atteggiamento degli operatori sanitari



Ancora troppo bassa sembra l'attenzione degli operatori sanitari al problema delle cadute fra gli anziani: solo il 16% degli over 64enni dichiara di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute.

## Salute mentale

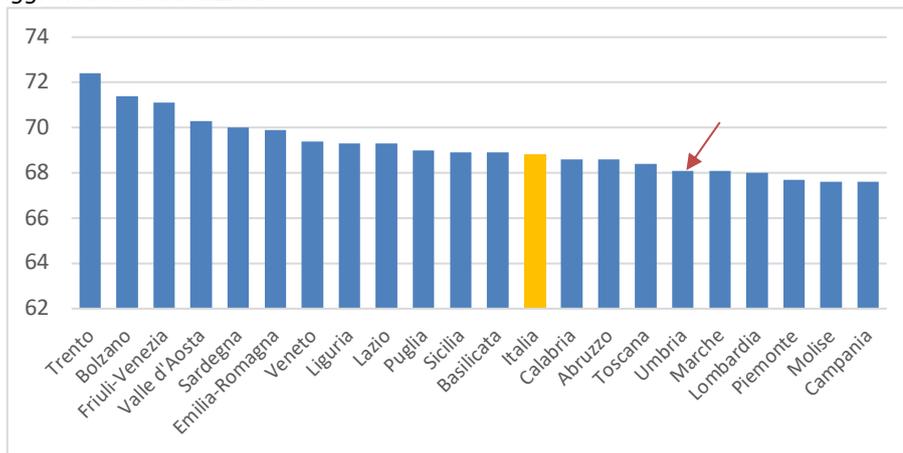
La salute mentale rappresenta una condizione fondamentale per il benessere individuale e la partecipazione alla vita sociale ed economica dei cittadini.

### Indice di salute mentale

Tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale, viene considerato l'indice di salute mentale (MH) dell'SF-36, basato sull'aggregazione dei punteggi totalizzati da ciascun individuo sopra i 14 anni rispondendo a 5 specifiche domande. L'indice fornisce una misura del disagio psicologico degli individui e comprende stati correlati all'ansia e alla depressione. L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

L'indice di salute mentale in Umbria è in crescita negli ultimi anni; le stime riferite al 2020 forniscono un valore pari a 68,1 rispetto al 65,7 del 2017. Tuttavia il dato umbro rimane costantemente sotto la media italiana (67,5 nel 2017 e 68,8 nel 2020), e tra i valori più bassi a livello nazionale, come mostrano i dati riferiti al 2020 (fig. 39).

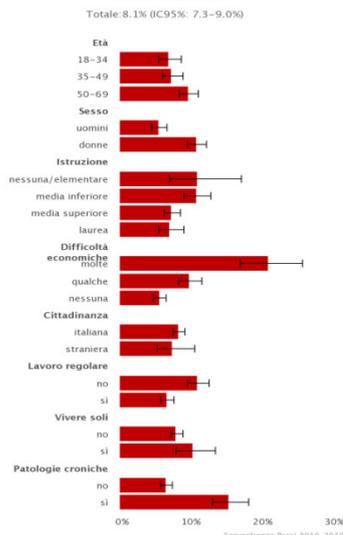
Fig. 39 - Indice di salute mentale per le persone di 14 anni e più per regione e ripartizione geografica. Anno 2020. Punteggi medi standardizzati



## Depressione

I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019, evidenziano che in Umbria, una piccola quota di adulti (circa l'8%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 15 giorni nel mese precedente l'intervista.

### Sintomi di depressione per caratteristiche

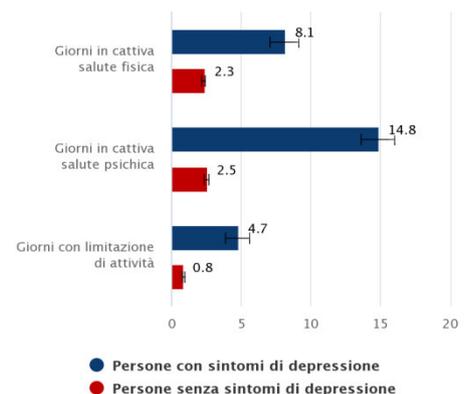


Fra queste persone, oltre alla salute

psicologica, anche la salute fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 8 giorni vissuti in cattive condizioni fisiche (vs 1 giorno riferito dalle persone libere da sintomi depressivi) e circa 5 giorni vissuti con limitazione delle abituali attività quotidiane.

I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (oltre il 9% fra i 50-

### Giorni in cattiva salute fisica, mentale e giorni con limitazioni di attività nei 30 giorni precedenti Umbria



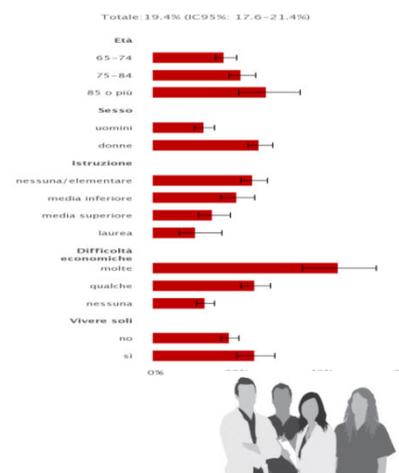
Sorveglianza Passi 2016-2019

69enni), fra le donne (11%), fra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (21% fra chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione (11% per nessun titolo o licenza elementare), fra chi non possiede un lavoro regolare (11%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (15%) e fra chi vive da solo (10%).

Dai dati Passi d'Argento 2016-2019 si stima che 19 umbri su 100, di 65 anni o più, soffrano di sintomi depressivi (dato significativamente più alto della media nazionale) e percepiscano compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 18 giorni nel mese precedente l'intervista. Fra queste persone, oltre alla salute psicologica, anche la salute fisica risulta decisamente compromessa: nel mese precedente l'intervista chi soffre di sintomi depressivi dichiara mediamente 16 giorni vissuti in cattive condizioni fisiche.

I sintomi depressivi sono più frequenti fra le donne (25% vs 12% negli uomini), fra le classi socialmente più svantaggiate, per difficoltà economiche (44% fra chi riferisce molte difficoltà economiche vs 12% di chi non riferisce di averne) e fra le persone con diagnosi di patologia cronica (32% fra chi riferisce due o più patologie croniche vs 12% di chi non ne ha).

**Sintomi di depressione per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria**



### L'atteggiamento degli operatori sanitari

L'Umbria si conferma tra le regioni con i valori maggiori di chi riferisce sintomi depressivi, anche se nel tempo (dal 2012) si osserva una chiara tendenza alla riduzione della prevalenza di persone con sintomi depressivi.

In Umbria circa un terzo dei 18-69enni che riferiscono sintomi di depressione, si rivolge a un medico o un operatore sanitario, mentre quasi la metà non si rivolge a nessuno.

Tra gli anziani, circa 1/5 di coloro che riferiscono sintomi depressivi non chiede aiuto a nessuno, chi lo fa si rivolge ai propri familiari o amici, o a un medico/operatore sanitario o nella maggior parte dei casi a entrambi, medici e persone care.

### **Come Passi e Passi d'Argento misurano la depressione**

Per la stima della prevalenza di sintomi di depressione Passi utilizza una versione ridotta del Patient Health Questionnaire, il PHQ-2, che include solo le prime due domande relative ai sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività.

La Persona con sintomi di depressione è una persona che, nelle due settimane prima dell'intervista, ha sperimentato questi due sintomi in modo duraturo.

Nella sorveglianza di popolazione, il PHQ-2 è più accettabile e sostenibile rispetto ad altri test e, sebbene sovrastimi la prevalenza di depressione, è in grado di apprezzare le differenze tra gruppi a maggior rischio, le differenze territoriali e i trend temporali.

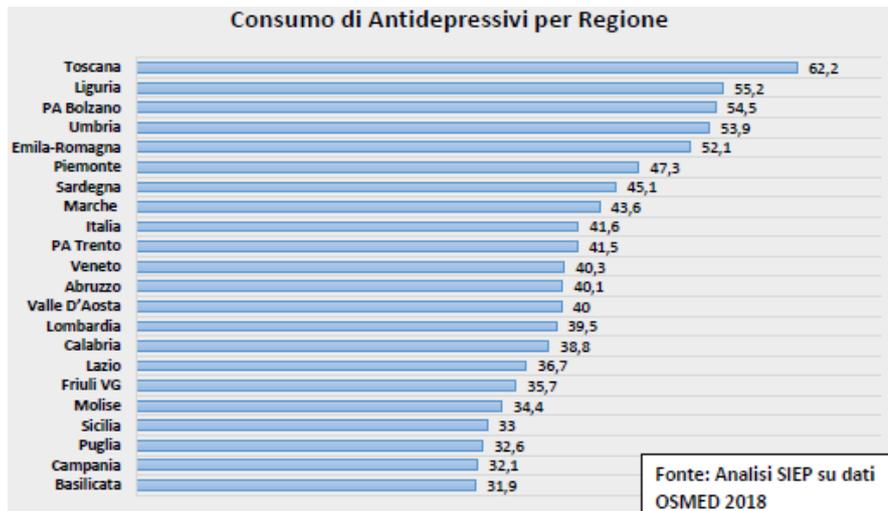
<b>Figure a cui si rivolge chi chiede aiuto</b>		
<i>Umbria – PASSI- Passi d'Argento 2016-19</i>		
	<b>18-69enni</b>	<b>65 anni e +</b>
Medico/Operatore Sanitario	29%	21%
Familiari	22%	20%
Entrambi	10%	43%
Nessuno	39%	16%

### Consumo di farmaci antidepressivi

Il consumo dei farmaci antidepressivi (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina - SSRI) viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi e viene preso in considerazione il consumo di farmaci erogati tramite i canali territoriali degli acquisti diretti e della convenzionata, escludendo il consumo privato. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.

Da un approfondimento dell'Agenzia Italiana del Farmaco sui consumi di antidepressivi in Italia nel periodo 2015-2017 emerge che il trend di impiego di questi medicinali risulta pressoché stabile. In particolare, tra il 2015 e il 2017 i consumi di antidepressivi si attestano su una media di 40 dosi giornaliere ogni mille abitanti (DDD/1000 abitanti die). I dati relativi al consumo di antidepressivi pubblicati dall'AIFA nell'ultimo Rapporto Nazionale sull'Uso dei Farmaci in Italia riferiti all'anno 2018 confermano un dato medio nazionale pari a 41,6 DDD/1000 abitanti die, con un'elevata variabilità regionale. L'Umbria, con una media di 53,9 DDD/1000 abitanti die, si colloca tra le regioni a maggior consumo (fig. 40).

Fig. 40 - Antidepressivi, valori regionali delle DDD/1000 abitanti pesate – Anno 2018



Anche il Sistema di Valutazione della Performance del MeS (Management e Sanità) conferma tale dato.

Nel Sistema, infatti, l'indicatore "consumo di SSRI (antidepressivi) sul territorio" è stato introdotto con l'obiettivo di monitorare la variabilità regionale nella prescrizione di antidepressivi: un consumo molto superiore alle 40 dosi giornaliere in alcune regioni rispetto ad altre suggerisce un potenziale utilizzo inappropriato di questi farmaci e viene valutato con una scala di colori dal verde, che corrisponde ad una valutazione ottima, al rosso, che corrisponde ad una valutazione pessima.

L'Umbria, anche in questo caso, si colloca tra le regioni con peggiore performance nell'anno 2019, con un consumo di antidepressivi in aumento nel 2020 (figg. 41 e 42).

Fig. 41 – Consumo di SSRI (Antidepressivi) per regione – Anno 2019

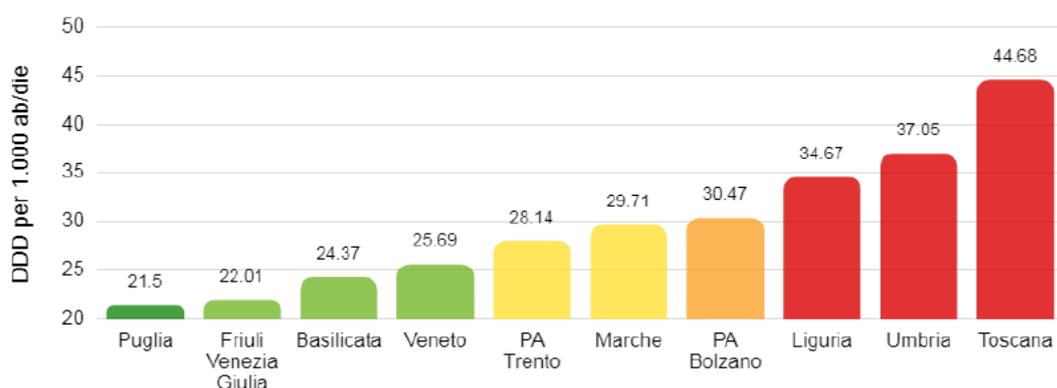
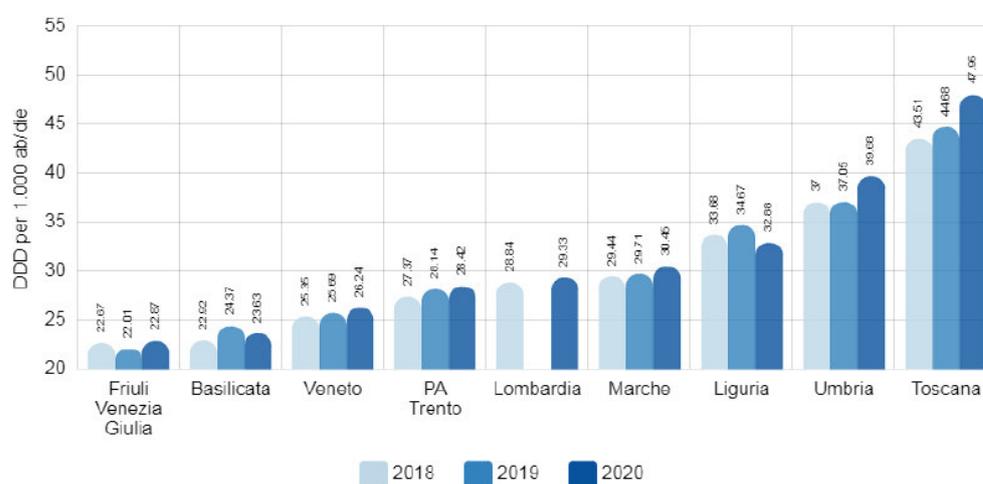


Fig. 42 – Consumo di SSRI (Antidepressivi) per regione – Trend 2018-2020



### **Disturbi psichici: presa in carico territoriale e ospedalizzazione**

La diffusione dei disturbi psichici nella popolazione generale è misurata dai dati provenienti dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) territoriali.

Nel 2019 i nuovi utenti sopra i 18 anni, cioè coloro che hanno effettuato un primo accesso ai servizi di salute mentale, sia come intervento presso il CSM che presso strutture residenziali/semi-residenziali, sono state circa 2.700, 4 ogni 1.000 abitanti, in calo rispetto al 2018 e con una differente distribuzione territoriale (5,1 ogni 1.000 abitanti nella USL Umbria 1, 2,5 ogni 1.000 nella USL Umbria 2).

Le persone sopra i 18 anni che nel 2019 hanno ricevuto almeno una prestazione presso i DSM territoriali sono state circa 14.680, 20,2 ogni 1.000 abitanti, con un valore più alto nella USL Umbria 1 (24,4 ogni 1.000) e sostanzialmente stabile rispetto al 2018.

Nonostante il trattamento in ambito territoriale sia la principale modalità di presa in carico dei disturbi di salute mentale, in situazione di acuzie o di particolari forme patologiche, è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero.

In Umbria l'ospedalizzazione per disturbo psichiatrico presenta un trend stabile con un valore medio di 1,1 ricoveri per 1.000 abitanti, di cui il 13,4% effettuati in regime di day hospital nel 2019 (circa il 53% sotto i 18 anni).

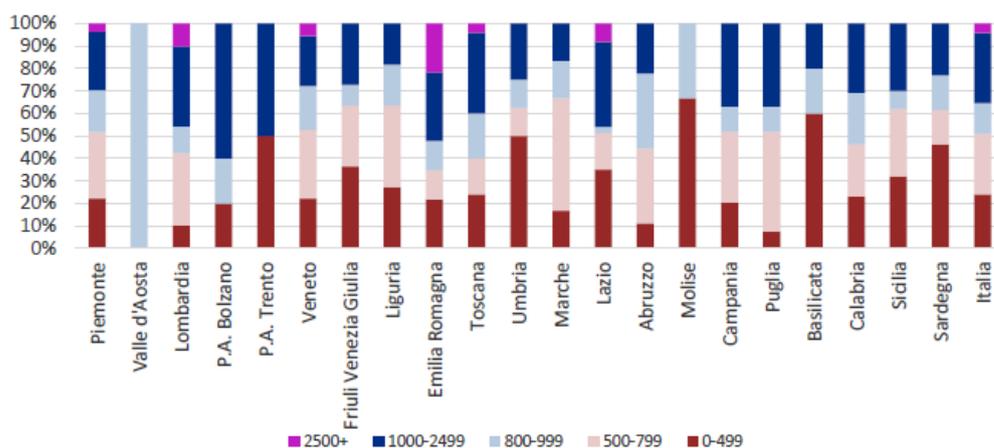
Da alcuni anni il ricovero psichiatrico in Umbria non mostra differenze di genere. Tuttavia, dividendo la popolazione in adulti e minori, i due trend hanno andamenti diversi fra loro, con un progressivo incremento delle ospedalizzazioni fra i minori e un tasso più alto nelle femmine.

## Salute materno-infantile

Nel 2019 in Umbria sono avvenuti 6.016 parti, tutti in Istituti di cura pubblici ed equiparati.

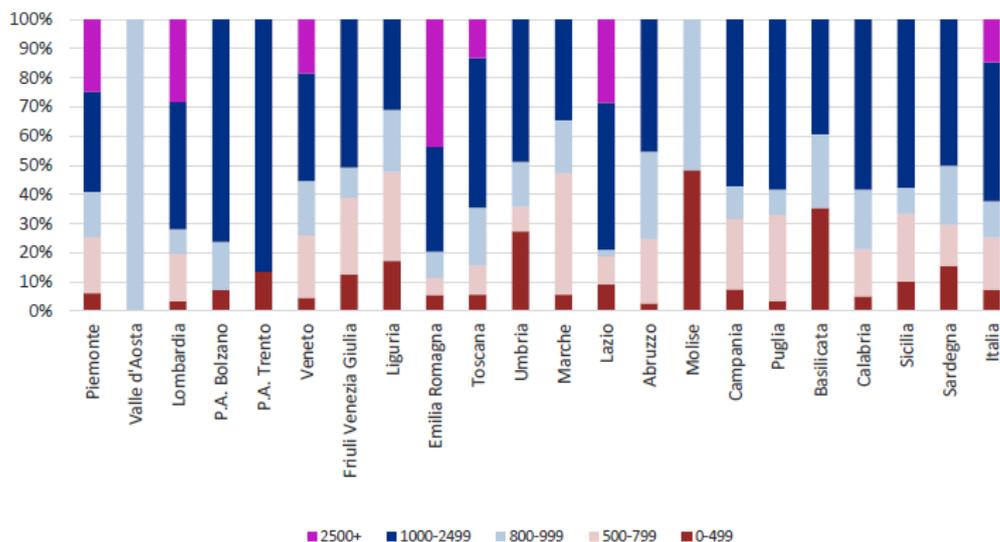
Circa il 50% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui; tali strutture rappresentano il 25% dei punti nascita totali. Il 26% dei parti ha luogo invece in strutture che accolgono meno di 500 parti annui (figg. 43 e 44).

Fig. 43 – Distribuzione percentuale dei punti nascita per classe di parto – Anno 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Fig. 44 – Distribuzione percentuale dei parti per classe di parto – Anno 2019



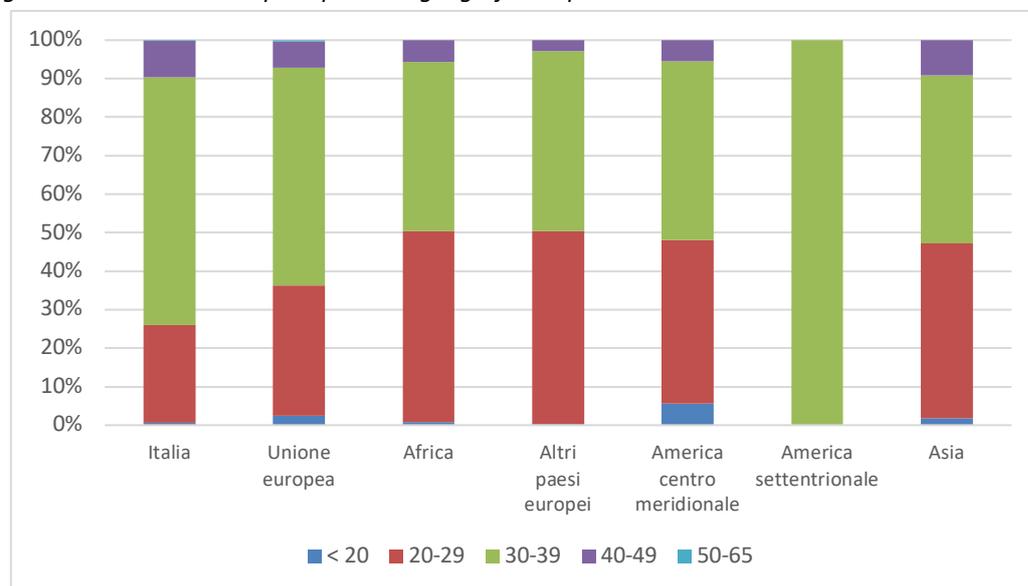
Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Nel 2019, circa il 21% dei parti in Umbria è relativo a madri di cittadinanza non italiana, come a livello nazionale.

Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (29,7%) e dell'Unione Europea (26,8%). Consistente la quota di madri provenienti da altri paesi europei (25,8%), mentre le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente l'8,8 e l'8,6% delle madri straniere.

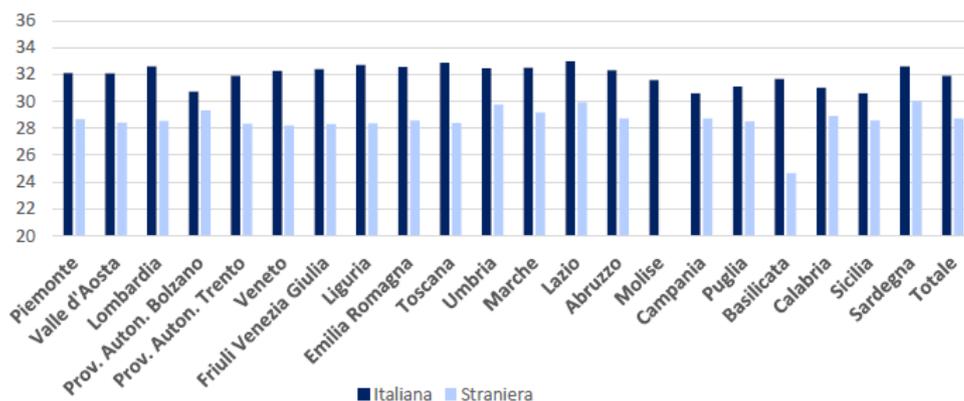
Per quanto riguarda l'età, i dati 2019 indicano per le italiane una percentuale quasi del 65% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche è l'incidenza delle madri di età compresa tra 20 e 29 anni che risulta prevalente (fig. 45).

Fig. 45 - Distribuzione dei parti per area geografica di provenienza ed età della madre. Umbria 2019



L'età media della madre è di 32,8 anni per le italiane mentre scende a 30,2 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne umbre superiore ai 32 anni, mentre le donne straniere partoriscono il primo figlio intorno ai 29 anni (fig. 46).

Fig. 46 – Età media al primo figlio per cittadinanza della madre. Anno 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

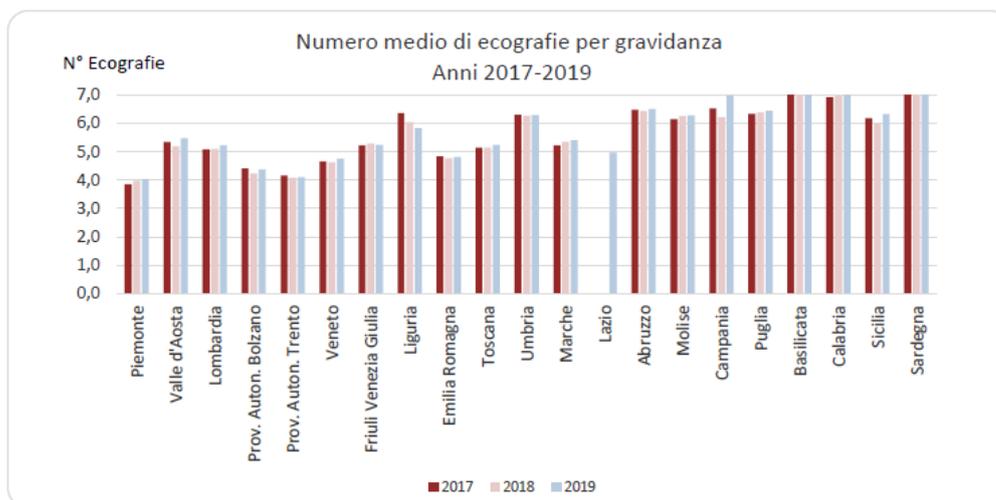
Delle donne che hanno partorito nell'anno 2019 il 46,2% ha una scolarità medio alta, il 17,3% medio bassa ed il 26,7% ha conseguito la laurea (31,2% Italia). Anche fra le straniere prevale una scolarità medio alta (44,1%), a differenza di quanto avviene a livello nazionale, tuttavia è molto più bassa la quota di laureate (15,7%) rispetto alle donne con scolarità medio bassa (36,6%).

La frequenza di madri coniugate risulta pari al 56,1% (62,6% Italia), mentre il 42,4% (35,1% Italia) sono nubili e lo 1,5% separate, divorziate o vedove.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 63,6% delle madri ha un'occupazione lavorativa (55% Italia), il 22,5% casalinghe (28,6% Italia) ed il 12,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione (14,2% Italia). Tra le straniere prevalgono le casalinghe (48,3%) a fronte di un 71,7% di madri italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.

Nel 94,7% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 92% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie, in media 6,2, con valori superiori a quelli medi italiani (fig. 47).

Fig. 47 – Numero medio di ecografie per gravidanza. Anni 2017 - 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

La percentuale di donne italiane che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è pari al 3,7 % mentre tale percentuale sale all'12,4% per le donne straniere (2,2% e 11% rispettivamente per l'Italia). Le donne con scolarità medio-bassa effettuano la prima visita più tardivamente: la percentuale di donne con titolo di studio elementare o senza nessun titolo che effettuano la prima visita dopo l'11° settimana di gestazione è pari al 11,5% mentre per le donne con scolarità alta, la percentuale è del 3,7 (2,2% Italia). Anche la giovane età della donna, in particolare nelle madri al di sotto dei 20 anni, risulta associata ad un maggior rischio di controlli tardivi (1° visita effettuata oltre l'undicesima settimana di gestazione nel 19,2% dei casi vs 14,4% del dato nazionale) (tab. 21).

Tab. 21 - Visite di controllo in gravidanza secondo la cittadinanza, il titolo di studio, l'età e lo stato civile della madre. Confronto Italia-Umbria. Anno 2019

	Italia	Umbria
	Visita dalla 12° settimana (%)	Visita dalla 12° settimana (%)
<b>Cittadinanza</b>		
Italiana	2,2	3,7
Straniera	11,0	12,4
<b>Titolo di studio della madre</b>		
Laurea/Diploma Univ.	2,2	3,7
Diploma Superiore	3,5	4,9
Media Inferiore	6,5	9,9
Elementare o Nessun Titolo	11,5	11,5

<b>Età della madre</b>		
< 20	14,4	19,2
20 – 29	5,9	7,3
30 – 39	3,1	4,7
40 +	3,2	4,0

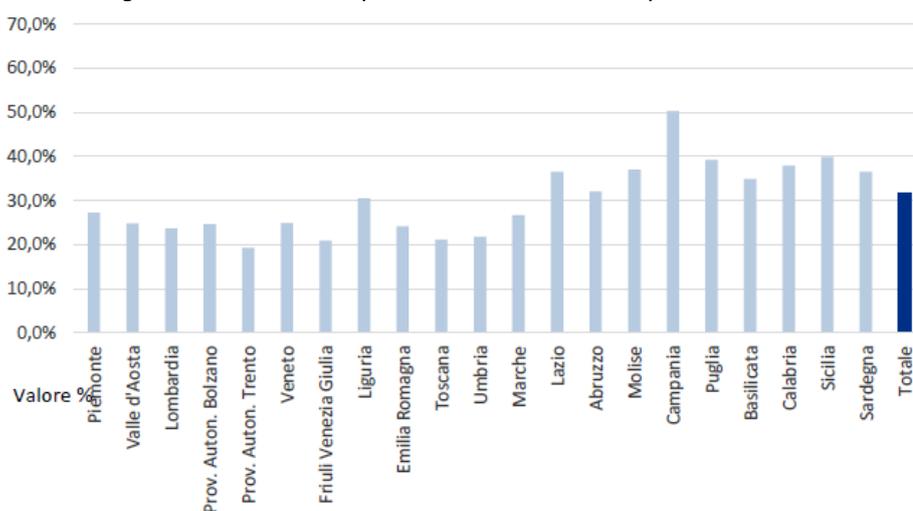
  

<b>Stato civile della madre</b>		
Coniugata	4,2	5,1
Nubile	4,4	5,2
Separata	5,8	15,2
Divorziata	5,0	11,8
Vedova	8,6	0,0

Nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive sono state effettuate in media 12,4 amniocentesi ogni 100 parti, circa 3 volte superiore al dato medio italiano (3,9). Nelle madri con più di 40 anni il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato nel 36% dei casi. Tali dati, più alti in assoluto a livello nazionale, rendono tuttavia necessario un approfondimento.

Nel 2019 il 22,1% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con un valore sotto la media nazionale (31,8%) e tra i più bassi (fig. 48). Non c'è essenzialmente differenza tra donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere: si ricorre al taglio cesareo nel 22,2% dei parti di madri straniere e nel 21,8% dei parti di madri italiane.

Fig. 48 – Percentuale di parti cesarei sul totale dei parti – Anno 2019



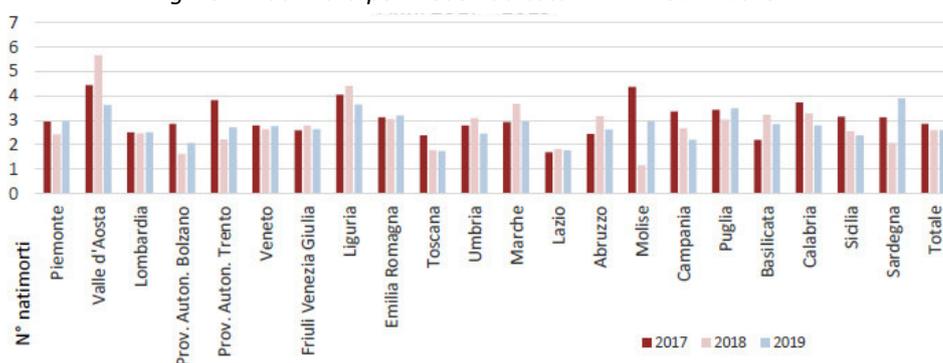
Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Nel 2019 sono stati rilevati 15 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 2,45 nati morti ogni 1.000 nati (fig. 49).

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere molto difficoltosa anche perché quasi sempre il referto dell'esame autoptico viene reso noto dopo i 10 giorni previsti per la compilazione del CeDAP.

Nel 2019 solo per il 20% dei nati morti è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 60% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 20% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile con sesso e/o età.

Fig. 49 – Nati morti per 1.000 nati totali. Anni 2017 - 2019



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

Il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) risulta effettuato in media in 2,6 gravidanze ogni 100. La tecnica più utilizzata è stata la fecondazione in vitro con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET), seguita dal metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

Nelle gravidanze con PMA il ricorso al taglio cesareo nel 2019 si è verificato nel 46,5% di casi. La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite (15,1%) è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze (1,6%).

Si osserva una maggiore frequenza di parti con procreazione medicalmente assistita tra le donne con scolarità medio alta (7,8%) e tra le donne con età superiore ai 35 anni (tab. 22).

Tab. 22 - Distribuzione regionale della percentuale di parti con PMA secondo il titolo di studio della madre

Regione	% di gravidanze con PMA sul totale delle gravidanze				Totale	% Non indicato/errato
	Elementare o nessun titolo	Media inferiore	Diploma superiore	Laurea o diploma Univ.		
Piemonte	1,37	2,84	4,21	6,15	4,39	2,76
Valle d'Aosta		4,79	4,41	5,56	4,81	0,00
Lombardia	1,06	2,27	4,08	6,31	4,46	0,00
Prov. Auton. Bolzano	4,35	2,00	2,89	3,19	2,89	8,61
Prov. Auton. Trento	1,35	2,62	3,63	5,09	4,10	0,00
Veneto	0,68	1,98	2,69	3,56	2,82	0,22
Friuli Venezia Giulia	1,89	2,36	3,34	5,04	3,81	0,00
Liguria	1,63	1,96	3,41	5,69	4,10	1,75
Emilia Romagna	2,71	1,78	2,88	3,84	2,97	0,00
Toscana	1,12	2,33	3,67	5,32	3,82	5,87
Umbria		2,97	2,76	5,06	2,64	31,45
Marche		1,82	2,81	3,17	2,71	0,00
Lazio	5,73	1,96	3,66	4,99	3,97	2,69
Abruzzo	1,27	0,71	1,43	2,65	1,74	2,08
Molise		1,02	1,57	1,39	1,38	0,00
Campania	1,80	1,77	2,34	3,70	2,48	1,21
Puglia	1,13	0,69	1,29	2,12	1,34	0,00
Basilicata	0,78	1,52	1,15	2,47	1,44	1,82
Calabria	0,69	0,85	0,82	2,14	1,17	0,00
Sicilia	0,69	0,91	1,60	2,78	1,59	0,00
Sardegna	0,58	0,75	1,15	1,59	1,15	0,00
<b>Italia</b>	<b>2,33</b>	<b>1,72</b>	<b>2,85</b>	<b>4,44</b>	<b>3,07</b>	<b>1,70</b>

Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2019 - Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica Ufficio di Statistica

I parti classificabili secondo Robson sono complessivamente pari a livello nazionale a 5.837 corrispondenti al 97% (98,5% Italia) del totale dei parti. Le classi più rappresentate sono quelle delle madri primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1) e delle madri pluripare a termine, con presentazione cefalica e che non hanno avuto cesarei precedenti (classe 3); queste due classi corrispondono complessivamente a circa il 60% dei parti classificati che si sono verificati in Umbria nell'anno 2019.

L'analisi delle classi di Robson pone in luce l'importanza di monitorare il ricorso al taglio cesareo, in particolare nelle seguenti classi:

- nella classe 1, che è la classe più numerosa, in quanto costituita dalle donne al primo parto con gravidanza a basso rischio e le donne sottoposte a taglio cesareo al primo parto, nel caso di future gravidanze, sono fortemente esposte al rischio di ripetere il cesareo. Peraltro un elevato tasso di cesarei in questa classe si ripercuote sulla numerosità della casistica della classe 5;
- nella classe 5 che, pur non essendo la classe più consistente in termini di numero di parti, è la classe che maggiormente contribuisce al numero complessivo di tagli cesarei.

## Disabilità

### ***Le disabilità sensoriali***

Le disabilità percettive legate a vista e udito condizionano le capacità di comunicazione delle persone con 65 anni e più, peggiorando notevolmente la loro qualità di vita e inducendo problematiche connesse all'isolamento e alla depressione, oltre alle cadute. Anche i problemi masticatori influenzano la qualità della vita della persona con 65 anni e più, incidendo sul suo benessere sociale e psicologico e, con il progredire dell'età, possono determinare carenze nutrizionali e perdita non intenzionale di peso.

I dati 2016-2019 mostrano che quasi 1 persona su 4, di 65 anni o più, ha almeno un problema di tipo sensoriale (fra vista, udito o masticazione), che non risolve neppure con il ricorso ad ausili, come occhiali, apparecchio acustico o dentiera.

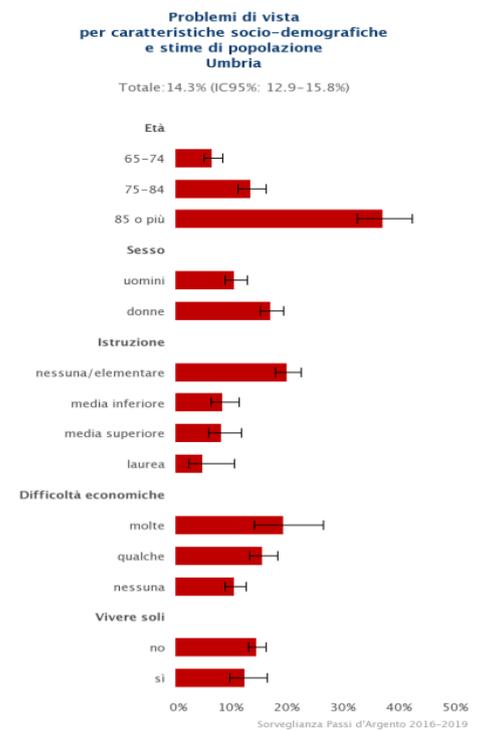
### Vista

Nel 2016-2017 circa il 14% degli intervistati ultra 64enni riferisce di avere problemi di vista (non correggibili neppure con l'uso di occhiali) che condiziona lo svolgimento di attività quotidiane. Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 7% ma sale al 37% dopo gli 85 anni) ed è mediamente più alta fra le donne. La quota di persone con problemi di vista è maggiore fra le persone con bassa istruzione e fra coloro che hanno molte difficoltà economiche.

L'Umbria mostra percentuali di anziani con problemi di vista significativamente superiori rispetto alla media nazionale.

Fra gli ultra 65enni con un problema di vista è significativamente più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolati (48% vs il 19% nel campione totale) e di coloro che riferiscono sintomi depressivi (38% vs 19% nel campione totale); è più alta, seppure non significativa, la quota di chi è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista (13% vs 9%).

Il 63% degli anziani intervistati ricorre agli occhiali e risolve il suo deficit visivo.



### Udito

Dai dati 2016-2019, fra gli ultra 64enni residenti in Umbria il 18% riferisce un problema di udito (non risolto o non risolvibile con il ricorso all'apparecchio acustico).

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 19% ma sale al 42% dopo gli 85 anni) e non mostra differenze di genere. La quota di persone con problemi di udito è maggiore fra le persone con bassa istruzione e fra quelle con molte difficoltà economiche. Le percentuali umbre sono nella media nazionale.

Fra le persone con un problema di udito è significativamente più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolate (45% vs il 20% nel campione totale); inoltre sembra più alta la prevalenza di sintomi depressivi (28% vs 19% nel campione totale) e la quota di chi è caduto nei 30 giorni precedenti l'intervista (14% vs 9%). Complessivamente il 5% degli anziani intervistati ricorre ad un apparecchio acustico per risolvere il suo deficit uditivo.

### Masticazione

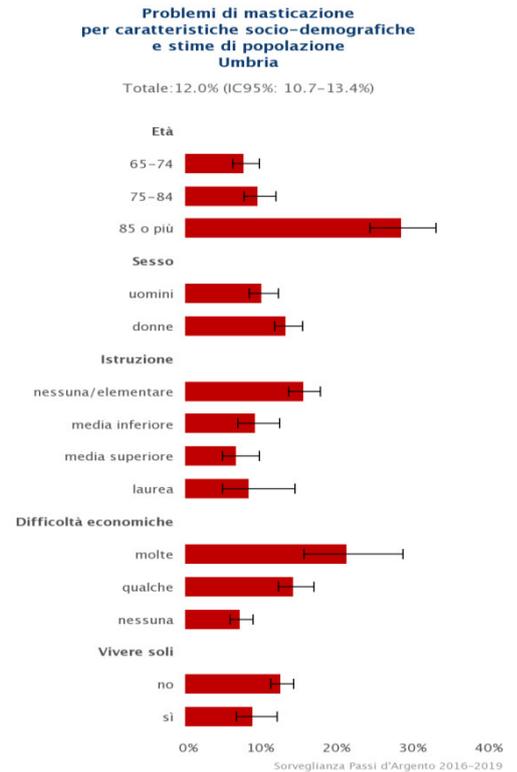
Nel 2016-2019 circa l'12% degli intervistati riferisce di avere problemi di masticazione.

Questa quota cresce con l'età (a 65-74 anni è del 8% ma sale al 28% dopo gli 85 anni) ed è mediamente più alta fra le donne. La quota di persone con problemi di masticazione è più alta fra le persone con bassa istruzione e fra coloro che riferiscono molte difficoltà economiche.

Fra le persone con problemi di masticazione è significativamente più alta la prevalenza di coloro che restano socialmente isolati (49% vs il 20% nel campione totale) e di coloro che riferiscono sintomi depressivi (41% vs 19% nel campione totale); più alta ma non significativa la frequenza di cadute (13% vs 9% nel campione totale).

Meno della metà degli anziani con problemi di masticazione ha fatto una visita dal dentista nei 12 mesi precedenti l'intervista (39%).

Il 40% degli anziani intervistati ricorre alla dentiera per risolvere le proprie difficoltà a masticare cibi difficili.



## Consumo di antibiotici ed andamento epidemiologico delle resistenze batteriche

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la resistenza agli antimicrobici, rappresenta una delle maggiori minacce per la salute pubblica a causa dell'impatto epidemiologico ed economico del fenomeno.

Nel contesto Europeo, negli ultimi anni, l'Italia si è posizionata tra i Paesi caratterizzati da un profilo di epidemiologico di antimicrobico resistenza tra i peggiori sia in ambito ospedaliero sia territoriale (in particolare per la diffusione della resistenza ai carbapenemici). Il Ministero della Salute ha pertanto emanato il primo Piano Nazionale per il Contrasto all'Anti-microbico Resistenza (PNCAR) 2017-2020, sulla scorta di quanto raccomandato nel documento conclusivo dell'ECDC, con l'obiettivo di fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per contrastare il fenomeno dell'AMR a livello nazionale, regionale e locale, seguendo l'approccio multisettoriale "One Health", cioè una visione che prevede l'integrazione di tutti i settori direttamente interessati al problema: quello umano, veterinario, di sicurezza degli alimenti, agricolo e ambientale.

Tra i principali obiettivi individuati nel PNCAR troviamo il monitoraggio del consumo di antibiotici e quello della antimicrobico resistenza che dovrebbe essere effettuato a livello di ogni singola regione e riassunto in un Report aggiornato annualmente.

### Il consumo territoriale

La valutazione del consumo degli antibiotici a livello territoriale in Umbria risale al 1992 ed è basata principalmente sui dati derivanti dal sistema di monitoraggio delle prescrizioni nell'ambito della farmaceutica convenzionata che prende in considerazione, prevalentemente, tutti i farmaci prescritti dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) erogati a carico dell'SSN. In questo gruppo di analisi viene anche considerata una minoritaria quota di farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta (da parte delle Aziende Sanitarie) e per conto (da parte delle farmacie territoriali).

In Umbria, l'uso degli antibiotici ha mostrato un lento ma costante aumento fino al 2009, nella decade successiva si è osservato, invece, una progressiva stabilizzazione dei consumi e, in particolare, negli ultimi anni anche una decisa riduzione. A questo andamento possono avere contribuito le numerose campagne promosse a livello internazionale, nazionale e locale per un uso più razionale degli antibiotici con l'obiettivo di ridurre proprio il fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

A livello territoriale, considerando i dati umbri del 2019, gli antibiotici continuano a rappresentare la categoria terapeutica con il più alto livello di prevalenza. Infatti, circa il 44% della popolazione ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, con un livello di oltre il 60% nella popolazione ultrasettantacinquenne. Rispetto al dato nazionale, l'Umbria si pone al di sotto dei valori medi per quanto riguarda il totale delle DDD/1000 abitanti (19,0 rispetto alle 21,4 della media nazionale). Lo stesso vale per la spesa lorda pro-capite che per l'Umbria risulta pari 11,73 euro rispetto ai 14,3 euro della media italiana. E' importante sottolineare la sostanziale stabilità dei risultati rispetto al 2018 sia sul versante della spesa (+0,2%) che dei consumi espressi in DDD/1000 abitanti (-0,1%).

Come atteso, l'uso di antibiotici nella regione è tipicamente sporadico. Infatti, il 37% degli utilizzatori riceve una sola prescrizione nel corso dell'anno e la durata mediana di trattamento è di 11 giorni. Il consumo di antibiotici è più frequente nelle età estreme e maggiore nelle donne. La ragione di questa situazione, nel primo caso, è che nelle età estreme (pediatria ed età anziana) è più frequente la presunzione di una "copertura/protezione" del paziente (ritenuto più fragile) anche in corso di infezioni che per la maggior parte risultano di origine virale. Per quanto riguarda invece il dato di genere, è noto che l'uso maggiore di antibiotici nelle donne, in ambito comunitario, è motivato dalla più frequente comparsa in questo sesso di infezioni del tratto genito-urinario.

La tipologia delle classi di antibiotici principalmente utilizzati in ambito comunitario vede rappresentati in maggior misura, i beta-lattamici (p.e. amoxicillina+ ac. clavulanico), i macrolidi (p.e. claritromicina) ed infine i

fluorochinoloni (p.e. ciprofloxacina e levofloxacina). Questo trova la sua ragione nel fatto che le principali infezioni sono quelle respiratorie e del tratto urinario.

Come aspettato la tipologia di antibiotici prescritti a livello comunitario risulta per la quasi totalità (93%) delle dosi rappresentato da farmaci con brevetto scaduto, anche se solo per il 21% è rappresentato da prodotti "unbranded" (generici veri).

Infine, considerando la prescrizione di antibiotici in rapporto alla variabilità fra distretti si conferma, nel corso del 2019, una certa variabilità, anche se contenuta. In termini di prevalenza il range di variabilità risulta compreso fra il 40,5% del Distretto di Norcia e il 47,4% di quello di Gualdo-Gubbio, mentre il Distretto di Assisi con 21,2 DDD/1000 abitanti die e 13,53 euro pro capite è il distretto a maggior consumo e spesa.

### Il consumo ospedaliero

Il monitoraggio regionale analitico del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero è una acquisizione recente in Umbria e frutto del risultato di un progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

E' importante sottolineare che sono stati considerati esclusivamente i consumi di antibiotici effettuati nel corso dei ricoveri ordinari, escludendo le somministrazioni ambulatoriali e/o in regime di Day Hospital e Day Service così come la distribuzione diretta e per conto.

Come per la spesa territoriale, negli ultimi 3 anni, anche la spesa ospedaliera regionale per antibiotici (Classe ATC J01), ha mostrato una lieve e graduale riduzione e si è attestata nel 2019 ad un totale di circa 3.624.688 Euro rispetto ai 4.068.721 del 2018. Questo calo ha interessato tutte le Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere anche se in maniera non quantitativamente omogenea.

Nello stesso tempo, quando il dato dei consumi viene valutato in funzione delle DDD/1000 abitanti, si riscontra che il consumo regionale di antibiotici in ospedale nel 2019, pur essendo stato sempre inferiore alla media del dato nazionale ultimo disponibile (2017 - pari a 2,14 DDD/1000 abitanti), è risultato lievemente superiore a quello del 2018 (2019, 1,87 DDD/die per 1000 abitanti vs. 2018, 1,69 DDD/1000) ma comunque inferiore ai consumi del 2017 (1,97 DDD/1000 abitanti).

Lo stesso si evidenzia, riportando i consumi generali regionali ospedalieri nell'ordine più consono delle DDD/100 giorni di ricovero, essendo il consumo passato dalle 84,07 DDD/100 gg del 2017 alle 81,92 DDD/100 gg nel 2019.

La tipologia di prescrizione in termini di classi di farmaci utilizzate in ospedale risulta molto diversa da quella territoriale. Infatti rispetto ai consumi comunitari, a livello ospedaliero prevalgono classi di farmaci quali: i beta-lattamici protetti dalle beta-lattamasi, le cefalosporine, i glicopeptidi, e la classe degli "altri antibatterici" nella quale sono inclusi farmaci quali il linezolid e la daptomicina. Queste molecole, sono quelle maggiormente utilizzate nel corso di infezioni gravi e sostenute spesso da germi caratterizzati da profili di antibiotico-resistenza sfavorevoli.

Nel corso del triennio, il consumo regionale di queste classi di antibiotici si è mantenuto costante se non lievemente incrementato a dimostrazione, apparente, di un quadro epidemiologico sfavorevole per quanto riguarda i profili di resistenza.

In particolare, per gli antibiotici utilizzati per il trattamento delle infezioni causate da patogeni gram-negativi, oltre a constatare ancora l'elevato consumo di penicilline associate ad inibitori delle beta-lattamasi (p.e. piperacillina-tazobactam), si riscontra, al secondo posto in assoluto, l'uso dei carbapenemici (spesso utilizzati ad alto dosaggio). Sul versante degli antimicrobici prescritti per contrastare le infezioni generate da cocchi gram-positivi resistenti (p.e. stafilococchi MR), si nota l'elevato e costante consumo dei glicopeptidi, e della classe "altri antibiotici" nella quale sono raggruppati il linezolid e la daptomicina.

Come riportato in seguito, l'epidemiologia regionale umbra delle resistenze in ambiente ospedaliero può giustificare almeno in parte i comportamenti prescrittivi sopra descritti. Tuttavia va sottolineato che, in molti casi l'uso degli antibiotici, anche in ambiente ospedaliero, è effettuato su base empirica in assenza di una documentazione microbiologica.

Valutando i dati di consumo (DDD/100 gg) annuali regionali, in accordo con la nuova classificazione OMS (AWaRe Classification) secondo un criterio che tende a raggrupparli in base alla loro potenza e gradualità di utilizzo allo scopo di preservarne l'efficacia e ridurre il potenziale effetto di induttori di resistenza, si nota come gli antibiotici principalmente utilizzati a livello regionale sono proprio quelli appartenenti alla classe "Watch" e cioè a quella che richiederebbe un più costante monitoraggio d'uso e la definizione di raccomandazioni per la prescrizione. Dall'altra parte, invece, si evidenzia come le molecole di più recente introduzione nel mercato, tutte all'interno del gruppo "Reserve", effettivamente siano utilizzate in minor misura ma con un trend in aumento rispetto al 2018 ed una tendenza alla maggiore prescrizione nelle Aziende ospedaliere rispetto agli ospedali e Presidi ospedalieri territoriali (Az Osp. PG: 9,7 DDD/100 gg e Az. Osp. TR: 4,9 DDD/100 gg vs. USL Umbria 1: 3,6 DDD/100 gg e USL Umbria 2: 1,8 DDD/100 gg). Come è stato già ricordato, è probabile che l'assetto degli attuali consumi derivi da una prescrizione empirica e quindi da una condizione passibile di cambiamento, una volta impostati programmi di "stewardship" antimicrobica.

Concentrando l'analisi nel confronto della prescrizione in base alle caratteristiche delle strutture ospedaliere, essendo il valore di consumo medio annuale regionale in DDD/100gg nel 2019 pari a 81,92, in termini assoluti nello stesso anno il maggiore consumo di antibiotici in ospedale è avvenuto presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia (99,1 DDD/100gg), seguita dagli Ospedali territoriali dell'USL Umbria 1 (90,23 DDD/100 gg). Al terzo e quarto posto, al di sotto del valore medio regionale, invece, risultano l'Azienda Ospedaliera di Terni (73,11 DDD/100 gg) e gli Ospedali territoriali della USL Umbria 2 (65,32 DDD/100 gg).

Relativamente agli Ospedali territoriali, i maggiori consumi annuali 2019 riscontrati per la USL Umbria 1, sono da attribuire principalmente al Presidio Ospedaliero Unificato di Perugia (109,37 DDD/100 gg) ed al Presidio Ospedaliero Alto Chiascio (88,16 DDD/100gg). Nello stesso tempo vale la pena sottolineare che confrontando i consumi dei singoli ospedali e presidi si evince, a livello regionale, una maggiore eterogeneità nei comportamenti prescrittivi all'interno degli Ospedali della USL Umbria 1, rispetto a quelli della USL Umbria 2 che presentano anche nel complesso un minore utilizzo degli antimicrobici rispetto alla media regionale. Lo stesso si riscontra a livello delle due Aziende ospedaliere che presentano un andamento dei consumi opposti. Questo tipo di situazione se da una parte può trovare ragione in una possibile diversa epidemiologia locale delle infezioni, più probabilmente trova motivo nella presenza o assenza di programmi mirati ad un uso corretto degli antibiotici in ambito aziendale.

In ultimo, ancora confrontando i comportamenti prescrittivi complessivi delle Aziende Ospedaliere rispetto agli ospedali e Presidi si può evidenziare nel triennio 2017-2019 una diversità di consumo espresso in DDD/100 gg a favore delle Aziende Ospedaliere.

Confrontando, per l'anno 2019, per quali classi di antibiotici sia espressa maggiormente la differenza di prescrizione tra le due diverse tipologie di ospedali, si evidenzia come a carico delle Aziende Ospedaliere vi sia una relativa maggior prescrizione di carbapenemici, glicopeptidi, altri antibiotici (linezolid, daptomicina, fosfomicin), tetracicline (tigeciclina) ed un minore uso di cefalosporine e fluorochinoloni.

Questo quadro prescrittivo che farebbe orientare verso una situazione epidemiologica meno favorevole a carico delle Aziende ospedaliere rispetto a quella riscontrabile negli ospedali territoriali, in realtà, non trova conferma di diversità tra i vari ospedali umbri in termini di prevalenza delle resistenze.

Analizzando i consumi ospedalieri degli antibiotici nelle tre diverse aree clinico-assistenziali nosocomiali (Area Medica, Chirurgica e Terapie Intensive) si evidenzia in maniera chiara che il contributo principale all'uso di alcune specifiche classi di antibiotici rivolte verso i patogeni multiresistenti sia condizionato dalle Terapie Intensive e seguito con ampio margine dai Reparti medici e chirurgici. Il fatto di per sé è noto e non stupisce tuttavia conferma che è proprio nell'area intensivistica che deve essere iniziata un programma di "stewardship" antimicrobica condiviso con gli operatori per ottimizzare comportamenti prescrittivi.

### La sorveglianza della antimicrobico-resistenza (AMR)

Un monitoraggio regionale analitico della AMR è una acquisizione recente in Umbria, applicata in ambito ospedaliero e frutto del risultato di uno progetto presentato nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018.

La rete è attualmente costituita da 9 laboratori (tab. 23) che operano per rispondere alle esigenze di tutto il territorio regionale sia sul versante ospedaliero che su quello comunitario.

Tab. 23 - Laboratori di microbiologia facenti parte della rete regionale di sorveglianza della Anti-Microbico Resistenza (AMR)

AZIENDA SANITARIA	OSPEDALE	UNITA'/LABORATORIO	CITTA'
Azienda Osp. Perugia	Ospedale Santa Maria della Misericordia	Laboratorio di Microbiologia	Perugia
Azienda Osp. Terni	Ospedale Santa Maria	Laboratorio di Microbiologia	Terni
USL Umbria 1	Ospedale Gubbio-Gualdo Tadino	Laboratorio di Microbiologia	Gubbio
	Ospedale Città di Castello	Laboratorio di Microbiologia	Città di Castello
	Ospedale Castiglione del Lago	Laboratorio di Microbiologia	Castiglione del Lago
	Ospedale Pantalla	Laboratorio di Microbiologia	Pantalla
	Ospedale Assisi	Laboratorio di Microbiologia	Assisi
USL Umbria 2	Ospedale San Giovanni Battista	Laboratorio Analisi	Foligno
	Ospedale Santa Maria della Stella	Laboratorio Analisi	Orvieto

Allo scopo di far sì che la regione Umbria potesse al più presto partecipare con il 100% dei suoi laboratori pubblici alla raccolta del debito informativo nei confronti del progetto ARISS coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ed attualmente considerato riferimento nazionale per questo ambito, l'attività di sorveglianza, degli ultimi due anni, è stata prioritariamente concentrata sul contesto ospedaliero che peraltro è quello che pone in assoluto i maggiori problemi in termini di multi-resistenza. Per tale ragione, al momento non sono disponibili dati regionali aggregati relativi all'epidemiologia delle resistenze a livello comunitario e delle Residenze Protette.

I dati di sorveglianza della AMR, attualmente disponibili, sono quelli provenienti dal monitoraggio dei risultati delle emocolture e del liquor da pazienti ricoverati in ambiente Ospedaliero.

I patogeni che sono attualmente inclusi nell'analisi sono gli stessi che vengono monitorati a livello nazionale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e tra questi : *Staphylococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas spp*, *Acinetobacter spp*.

### Epidemiologia delle resistenze

Nel 2019, sono stati valutati un totale di 3.212 episodi batteriemici distribuiti prevalentemente nelle due Aziende Ospedaliere. Nel complesso, a livello ospedaliero, per il 2019 (così come per il 2018 e 2017), circa il 60% delle batteriemie risulta causato da cocchi Gram-positivi, costituendo le batteriemie da Gram-negativi il restante 40%. Tra i Gram-positivi prevalgono gli stafilococchi che rappresentano oltre il 70% degli isolati di questo gruppo; tra questi, lo *stafilococcus aureus* rappresenta circa il 20% del totale. E' importante sottolineare, l'alta prevalenza di *stafilococchi coagulasi negativi* che sebbene non rappresentino specie prese in considerazione nelle valutazioni ufficiali dell'ARISS e dell'ECDC, rappresentano un fenomeno da monitorare, dato che l'isolamento di uno *Stafilococco coagulasi negativo* dal sangue rappresenta spesso la sola ragione di inizio di una terapia antibiotica con un farmaco anti-stafilococcico.

Al secondo posto fra i Gram-positivi troviamo la specie degli enterococchi che rappresenta nel complesso l'11% del totale seguiti dagli streptococchi (*streptococcus pneumoniae* 2%; altri streptococchi 4%).

Prendendo in considerazione, invece, i germi Gram-negativi, *escherichia coli* risulta essere di gran lunga il patogeno maggiormente isolato (47% del totale dei Gram-negativi), seguito dal genere *Klebsiella spp* pari al 25%

(di cui il 16% rappresentato da *klebsiella pneumoniae*) del totale dei Gram-negativi. Il genere *pseudomonas* nel complesso occupa il terzo posto, con circa il 9% del totale rappresentato quasi totalmente da *pseudomonas aeruginosa* mentre è da segnalare che il 5% di tutti i Gram negativi è rappresentato dal genere *Acinetobacter* spp. Il profilo di resistenza degli isolati appartenenti alla classe dei Gram-positivi è illustrato nella tabella. Il dato di resistenza, viene espresso in percentuale numerica rispetto al totale degli isolati testati. Inoltre, seguendo la metodologia utilizzata dall'ECDC, il dato viene anche espresso in un analogo visivo con colorazioni varianti dal verde al marrone scuro che rappresentano i diversi range di resistenza (in percentuale) seguendo una sequenza dal valore più basso (verde brillante) a quello più elevato (marrone scuro).

Tab. 24 - Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-positivi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri: Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA % Resistenza				Italia
<b>OXACILLINA</b>	2019	2018	2017	2019
<i>Stafilococcus aureus</i>	32	34	22	35,6
<i>Stafilococcus coag.neg</i>	75	75	77,5	
<b>VANCOMICINA</b>	2019	2018	2017	2019
<i>Stafilococcus aureus</i>	1	1,5	1	0,3
<i>Stafilococcus coag.neg</i>	2	1	3,4	
<i>Enterococcus faecalis</i>	6	4,7	4,7	1,7
<i>Enterococcus faecium</i>	37	39,7	32,3	21,3

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Relativamente al profilo di resistenza dei patogeni Gram-positivi, la regione Umbria si pone, per il 2019, leggermente al di sotto del dato medio italiano per quanto riguarda la Oxacillino-resistenza dello *stafilococcus aureus* (32% vs. 35,6%)(tab. 24). Per questo patogeno, valutando il solo dato regionale, il livello di resistenza 2019 risulta lievemente migliore del 2018 e comunque più elevato del dato rilevato nel 2017. E' da sottolineare comunque una controtendenza della situazione regionale umbra rispetto a quella nazionale che ha registrato tra 2018 e 2019 un incremento dei livelli di oxacillino-resistenza ,anche se modesto (33,9% vs. 35,6%). E' comunque confortante rilevare per *stafilococcus aureus* un profilo di resistenza ai glicopeptidi molto basso e costante negli anni (1%), visto che questa classe di antibiotici è utilizzata ampiamente nel caso di infezioni causate da ceppi oxacillino-resistenti.

Al contrario, valutando le batteriemie causate da stafilococchi coagulasi negativi, usualmente non censite dal sistema ARISS e dall'ECDC, riscontriamo un elevato livello di resistenza alla oxacillina che si attesta negli ultimi due anni a valori superiori al 70%.

Un dato abbastanza critico a livello regionale è invece quello che si riscontra per quanto riguarda la specie *enterococcus*. Infatti valutando i livelli di resistenza regionale ai glicopeptidi sia di *enterococcus faecium* che di *enterococcus faecalis* , si evidenzia un dato in netto incremento per *enterococcus faecalis* (dal 4,7% del 2018 al 6% del 2019) ed un elevata resistenza per *enterococcus faecium* (37%) anche se in riduzione rispetto al 2018. In entrambe le specie il dato regionale è nettamente peggiore in termini di resistenza rispetto al dato nazionale sia per l'anno 2018 che per l'anno 2019.

Valutando le batteriemie da *stafilococcus aureus* vi è da registrare una differenza di oxacillino-resistenza riscontrabile tra realtà ospedaliere aziendali rispetto a quelle territoriali. Infatti mentre nelle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni l'oxacillino-resistenza risulta essere rispettivamente del 28% e del 25% (inferiore al dato nazionale) negli Ospedali appartenenti all' USL Umbria 1 e 2 il livello di resistenza è nettamente superiore essendo del 54% e del 39% rispettivamente. Inoltre va notato che i livelli di oxacillino-resistenza degli ospedali territoriali risultano essere più alti anche del corrispettivo dato nazionale che si attesta al 35,6%.

Relativamente alla oxacillino-resistenza degli *stafilococchi coagulasi negativi*, per il 2019, invece il dato di tutte le Aziende Sanitarie risulta alquanto omogeneo e compreso tra il 79% dell’Azienda Ospedaliera di Perugia ed il 68% degli ospedali territoriali appartenenti alla Usl Umbria 2.

Parlando di resistenza ai glicopeptidi, è evidente a livello regionale una uniformità del quadro delle resistenze tra ospedali aziendali e territoriali, essendo in tutti i casi bassa e non superiore all’1%. Fanno eccezione per gli ospedali territoriali della USL Umbria 1 che raggiungono per *stafilococcus aureus* una percentuale di resistenza pari al 3,5%, risultato che è circa 3 volte superiore al dato nazionale del 2019.

Come abbiamo già sottolineato, gli ospedali umbri presentano una prevalenza di enterococchi resistenti ai glicopeptidi più elevata rispetto alla media nazionale. La epidemiologia delle resistenze risulta eterogeneamente distribuita nelle varie realtà regionali. Infatti sia per *enterococcus faecalis* che per *enterococcus faecium* i livelli di resistenza, sempre di molto superiori a quelli nazionali, oscillano tra lo 0% ed il 11,5% per *enterococcus faecalis* e tra 28% e 75% per quanto riguarda *enterococcus faecium*.

Nella tabella 25 è illustrato il quadro epidemiologico regionale delle resistenze dei patogeni Gram-negativi isolati dal sangue nei riguardi delle cefalosporine di III° generazione e dei fluorochinoloni.

Tab. 25 - Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-negativi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri alle Cefalosporine di III° generazione e Fluorochinoloni - Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA (% Resistenza)				ITALIA
<b>CEFALOSP. III° GEN.</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>
<i>E. Coli</i>	29	31	34	25,8
<i>Klebsiella pn.</i>	55	63	57	55,5
<i>Ps. Aeruginosa</i>	22	19	12	19,1
<b>CHINOLONI</b>	<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>2017</b>	<b>2019</b>
<i>E. Coli</i>	45	57	56	40,6
<i>Klebsiella pn.</i>	54	60	59	54,8
<i>Ps. Aeruginosa</i>	25	22	22	20,6
<i>Acynetobacter spp</i>	76	74	72	81

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Relativamente al profilo di resistenza dei patogeni Gram-negativi nei riguardi delle cefalosporine di III° generazione, la regione Umbria si pone, per il 2019, più o meno agli stessi livelli del dato medio italiano per lo stesso anno. Il dato è in miglioramento rispetto al 2018 per quanto riguarda escherichia coli (29%) e klebsiella pneumoniae (55%) ma è in lieve peggioramento per quanto concerne pseudomonas aeruginosa (22%).

Parlando invece dei Fluorochinoloni, i livelli di resistenza per i Gram-negativi risultano nel complesso elevati anche se più o meno in linea con il dato medio nazionale 2019. In particolare il 45% dei ceppi di escherichia coli risultano resistenti (40,6% a livello nazionale) anche se il valore è in netto calo rispetto al 2018 (57%). Lo stesso dicasi per klebsiella pneumoniae che si caratterizza per il 54% dei ceppi resistenti vs. il 60% del 2018. Il dato risulta invece in controtendenza per pseudomonas aeruginosa che presenta un livello di resistenza, nel 2019, pari al 25% (superiore al dato nazionale, del 20,6%) e per acynetobacter spp la cui resistenza ai fluorochinoloni risulta elevata e pari al 76%, valore inferiore al valore medio nazionale (81%), ma anche in questo caso in aumento a livello regionale rispetto al 2018 (74%).

Nel confronto tra i diversi livelli di resistenza a cefalosporine di III° generazione e Fluorochinoloni riscontrati negli ospedali regionali si evidenzia come il dato non sia omogeneamente distribuito.

In particolare per quanto riguarda la resistenza alle cefalosporine di III° generazione si evidenzia che nel 2019:

- per *escherichia coli* i valori di resistenza riscontrati presso gli ospedali della USL Umbria 1 e dell’Azienda Ospedaliera di Perugia sono inferiori rispetto alla media regionale e nazionale;
- per quanto riguarda *klebsiella pneumoniae*, le due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni presentano livelli di resistenza molto superiori a quanto riscontrato negli ospedali territoriali;
- per quanto riguarda *pseudomonas aeruginosa* la Azienda Ospedaliera di Perugia presenta una percentuale di resistenza nettamente inferiore a quella mediamente riscontrata nell’Azienda Ospedaliera di Terni e negli ospedali territoriali.

Prendendo in considerazione invece il quadro di resistenza per i fluorochinoloni, la situazione risulta in linea con il dato regionale per tutte le realtà Aziendali:

- per *escherichia coli* il livello di resistenza si attesta in tutte le realtà ospedaliere regionali su valori tra il 40% (Azienda Ospedaliera di Perugia) ed il 49% (Azienda Ospedaliera di Terni);
- il profilo di resistenza di *klebsiella pneumoniae* è peggiore nelle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni (60% e 52% rispettivamente) se confrontato con quello degli ospedali territoriali;
- i livelli di resistenza riscontrati per *pseudomonas aeruginosa* sono molto eterogenei nel panorama ospedaliero regionale andando dal 100% dell’azienda Ospedaliera di Terni allo 0% delle strutture ospedaliere delle Aziende Sanitarie territoriali;
- che *acynetobacter spp* presenta in tutte le realtà ospedaliere regionali una percentuale di resistenza molto elevata che si attesta su valori superiori al 70% ad eccezione che nell’Azienda Ospedaliera di Terni (67%).

Bisogna comunque sottolineare che, sia per le cefalosporine di III° generazione che per i fluorochinoloni, quasi in tutte le realtà ospedaliere, i valori di resistenza segnalati nel 2019 risultano, nella maggior parte dei casi, in diminuzione o stazionari rispetto al 2018.

Il profilo di resistenza dei Gram-negativi ai carbapenemi (meropenem ed imipenem) è quello che maggiormente rispecchia il peso della problematica della multiresistenza in una determinata realtà, sia essa territoriale, ospedaliera, di reparto.

Nella tabella 26 illustrato il quadro epidemiologico regionale 2019 delle resistenze ai carbapenemi dei patogeni Gram-negativi isolati dal sangue nelle realtà ospedaliere umbre, confrontato con il dato nazionale.

Relativamente ai carbapenemi, la regione Umbria, anche se con valori tendenzialmente più elevati, si attesta nelle stesse fasce di resistenza del dato nazionale medio. Il quadro è in miglioramento rispetto al 2018 per quanto riguarda *pseudomonas aeruginosa* (17% vs. 22%) ed *acynetobacter spp* (76% vs. 80%) ma è in lieve peggioramento per quanto concerne *klebsiella pneumoniae* (41% vs. 38%).

Degno di nota è il fatto che *escherichia coli*, in linea con il quadro nazionale, presenta un livello di resistenza ai carbapenemi pari allo 0%.

Tab. 26 - Antibiotico Resistenza (%) dei Gram-negativi isolati dal sangue negli Ospedali Umbri ai Carbapenemi - Variazioni 2017-2019 e confronto con il dato nazionale 2019.

UMBRIA (% Resistenza)				ITALIA
CARBAPENEMI	2019	2018	2017	2019
<i>E. Coli</i>	0	0,7	0,75	0,3
<i>Klebsiella pn.</i>	41	38	35	27,7
<i>Ps. Aeruginosa</i>	17	22	17	18,6
<i>Acynetobacter spp</i>	76	80	79	78,9

	≤ 1%
	1% - ≤5%
	5% - <10%
	10% - <25%
	25% - <50%
	≥50%

Bisogna comunque sottolineare che, ad eccezione di *escherichia coli* ed in parte di *pseudomonas aeruginosa*, per *klebsiella pneumoniae* ed *acynetobacter spp* la percentuale di resistenza si situa nelle fasce elevate e questo può spiegare, in parte, l’alta letalità attribuita alle infezioni sostenute da queste due specie.

Nel confronto tra i diversi livelli di resistenza riscontrati negli ospedali regionali si evidenzia come il dato sia omogeneamente distribuito ed in linea con quello nazionale.

In particolare si riscontra quanto segue:

- che per *escherichia coli*, i valori di resistenza evidenziati presso gli ospedali della USL Umbria 1 e dell’Azienda Ospedaliera di Perugia sono presso che pari allo 0%;
- che per quanto riguarda *klebsiella pneumoniae*, il livello di resistenza si attesta sui valori più elevati della fascia e oscilla tra il 42% della Azienda Ospedaliera di Perugia ed il 28% delle strutture ospedaliere appartenenti alla Usl Umbria 1;
- che, relativamente a *pseudomonas aeruginosa*, solo gli ospedali della USL Umbria 1 presentano valori di resistenza molto superiori a quelli degli altri ospedali regionali e dello stesso dato nazionale;
- che per *acinetobacter spp* si conferma, a livello di tutti gli ospedali regionali, una percentuale di resistenza molto elevata, in linea con il dato nazionale, ed oscillante tra il 100% degli ospedali appartenenti alla USL Umbria 1 ed il 67% dell’Azienda Ospedaliera di Terni.

Infine, per quanto concerne le variazioni nel tempo dei tassi di resistenza nelle diverse realtà ospedaliere regionale, è degno di nota il caso di *klebsiella pneumoniae* la cui percentuale di resistenza ai carbapenemi si è ridotta nelle due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni e nella USL Umbria 2 (2019 vs. 2018 : Azienda Ospedaliera di Perugia 42% vs. 56%; Azienda Ospedaliera di Terni 34% vs. 38%; USL Umbria 2 36% vs. 38%) mentre è notevolmente aumentata nella USL Umbria 1 (28% vs. 20%).

## Capitolo 4 – I comportamenti

Fonti dei dati: OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PDA, Ministero delle politiche sociali, Ministero delle Finanze e delle Dogane, ISTAT, CNR, Centro Regionale Salute Unica, TOOLDIS (CoEsDi, CoMoDi, CARE), indagine GAPS, IPSAD 2017, IFC-CNR, Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

### Abitudine al fumo, consumo di alcol e uso di sostanze illecite

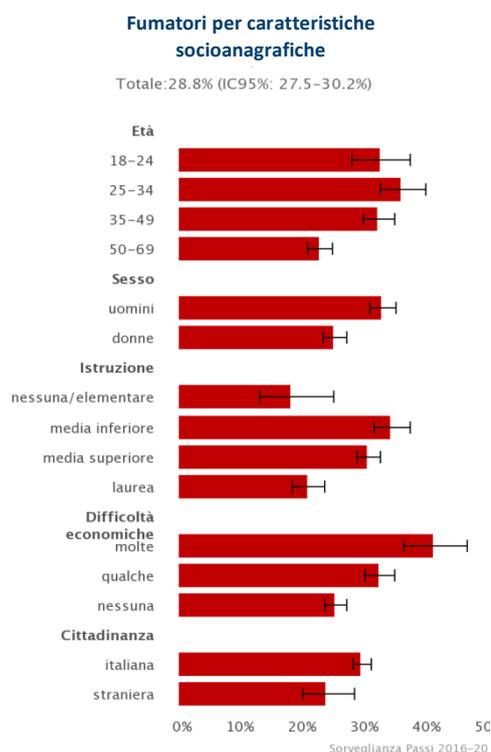
#### **Abitudine al fumo**

In Umbria, così come nel resto d'Italia, i **ragazzi** già a 11 anni fumano. Grazie all'indagine HBSC rivolta agli adolescenti emerge che i ragazzi umbri che hanno fumato sono l'1% degli 11enni, il 18% dei 13enni e il 44% dei 15enni. Già a 15 anni 1 ragazzo su 10 fuma quotidianamente.

Complessivamente in Umbria, l'abitudine al fumo si conferma preoccupante: tra i **18-69enni** infatti circa 1 su 4 è fumatore (25%), mentre il 57% non fuma e il 18% ha smesso di fumare.

Ragazzi che fumano tutti i giorni Umbria  
HBSC 2018

	11 anni	13 anni	15 anni
Maschi	0	1	10
Femmine	0	1	11
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>10</b>



Il fumo di sigaretta è più frequente fra i 18-49enni, tra gli uomini, tra coloro che hanno un livello di istruzione medio e riferiscono maggiori difficoltà economiche.

Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto.

Dal confronto con il resto d'Italia l'Umbria si conferma la regione con la più alta prevalenza di fumatori. L'analisi del trend temporale per gli anni di rilevazione disponibili mostra una sostanziale stabilità del dato nel tempo, fenomeno in controtendenza con quanto avviene a livello nazionale dove invece si assiste ad una costante diminuzione del fenomeno.

La quota di ex fumatori cresce all'avanzare dell'età, è maggiore fra gli uomini e fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri. L'Umbria ha una quota di ex fumatori maggiore della media nazionale.



Tra coloro che hanno **65 anni e più** la maggioranza non fuma (63%) o ha smesso di fumare da oltre un anno (27%), ma oltre una persona su 10 è ancora fumatore (10%).

Con l'avanzare dell'età diventa più difficile intercettare in vita chi mantiene questa abitudine o chi avendola avuta l'ha abbandonata, mentre è maggiore la probabilità di intercettare in vita persone che non hanno mai fumato.

Il fumo di sigaretta è più frequente fra gli uomini, nelle classi economicamente più svantaggiate.

L'istruzione gioca un ruolo diverso, la prevalenza di fumatori fra gli ultra 64enni laureati è doppia (15%) rispetto alla quota di fumatori fra i meno istruiti. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette.

Anche in questa fascia di età la prevalenza di fumatori umbri si conferma significativamente superiore rispetto al dato medio nazionale.

È più frequente intercettare ex fumatori fra le persone socialmente più avvantaggiate, per reddito o per istruzione.

### L'atteggiamento degli operatori sanitari

Ancora troppo bassa l'attenzione degli operatori al fumo: tra i **18-69enni** solo 1 fumatore su 2 riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario.

Decisamente più alta è la quota di **ultra64enni** che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare.



### Medici e operatori sanitari e fumo

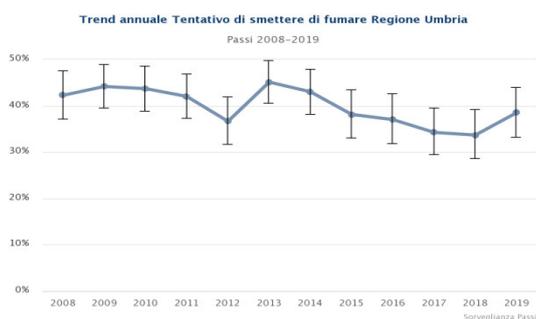
Umbria - PASSI e Passi d'Argento 2016-2019

18-69enni ai quali è stato chiesto se fumano	43%
Fumatori <u>18-69enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare	50%
Fumatori <u>ultra 64enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare	67%

### Il tentativo di smettere di fumare

I **18-69enni** che tentano di smettere di fumare non sono numericamente trascurabili: più di 1/3 dei fumatori ha tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare. Il 18% raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. Il tentativo di smettere di fumare si riduce all'avanzare dell'età, ma va sottolineato che all'avanzare dell'età aumenta la quota di ex fumatori.

La percentuale di persone che tentano di smettere di fumare sembra ridursi nel tempo anche in Umbria (come in Italia). Questo dato, insieme al persistere di una alta percentuale di fumatori, conferma i segnali preoccupanti sul fenomeno.



Chi riesce in questo tentativo dichiara di averlo fatto perlopiù senza alcun ausilio (81%, dato 2016-2019); 1 persona su 14 dichiara di aver smesso con l'utilizzo della sigaretta elettronica, scarso invece il ricorso a farmaci o cerotti e raro il ricorso ai servizi o ai corsi offerti dalle Asl.

### Il divieto di fumo nei locali pubblici e nei luoghi di lavoro

Nel territorio umbro, circa 9 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo è rispettato nei locali pubblici da loro frequentati nei trenta giorni precedenti l'intervista e 8 adulti su 10 riferiscono che il divieto di fumo è rispettato sempre o quasi sempre sul luogo di lavoro. Anche in questo caso il confronto con il dato nazionale evidenzia per l'Umbria percentuali significativamente inferiori di percezione del rispetto del divieto.

Va tuttavia evidenziato che anche in Umbria aumenta nel tempo la quota di coloro che riferiscono il rispetto del divieto sia nei locali pubblici che al lavoro.

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza  
Passi 2016-2019



### Il fumo in ambiente domestico

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante: il 75% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è rispettato il divieto di fumo; un'abitudine mantenuta anche fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni, dove il 84 % dichiara di rispettare il divieto di fumo.

L'Umbria mostra percentuali significativamente minori di case "libere da fumo" rispetto alla media italiana.

Inoltre il confronto del dato nel tempo mostra una sostanziale stabilità, dato in controtendenza rispetto al livello nazionale in cui viene invece registrato un continuo aumento di case "libere da fumo", come effetto presumibile di

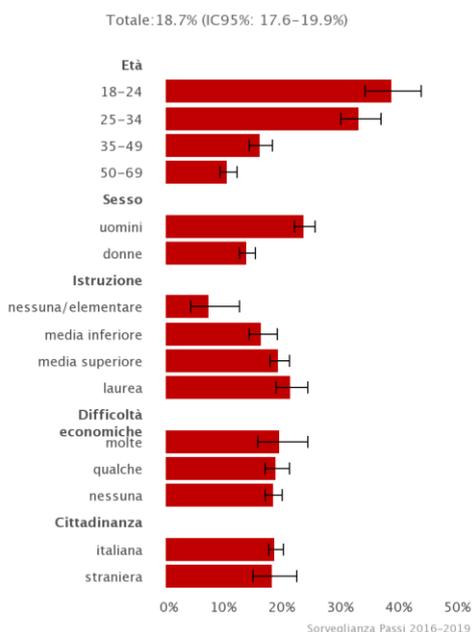
un passaggio culturale che, a partire dalla legge sul divieto nei luoghi pubblici conduce, attraverso una maggiore consapevolezza dei danni del fumo passivo, all'astensione dal fumo negli ambienti di vita privati.

I territori in cui vi sono meno case "libere da fumo" sono prevalentemente quelli con la quota più alta di fumatori e con minore rispetto del divieto di fumo.

### Consumo di alcol

Grazie all'indagine HBSC rivolta agli adolescenti emerge che il 20% del campione ha consumato alcol negli ultimi 30 giorni. In particolare tra i 15enni il 42% ha bevuto alcolici negli ultimi 30gg, il 44% ha bevuto «binge» almeno una volta (consumo di oltre 5 unità alcoliche in un'unica occasione); il 42% si è ubriacato almeno una volta nella vita. L'alcolico più consumato dai giovani è la birra.

**Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria**



In Umbria il 37% dei **18-69enni** dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma il 19% ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione. In particolare l'9% è un bevitore fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato mentre il 10% è un bevitore binge.

I bevitori a maggior rischio sono più frequentemente giovani (fra i 18-24enni la quota raggiunge il 39%), uomini e persone con un livello di istruzione medio alto. Tra i bevitori binge si osservano le medesime associazioni.

Le percentuali di consumo di alcol a "maggior rischio", come pure di consumo binge, sono in Umbria maggiori rispetto alla media nazionale, con un comportamento più simile al Nord Italia. Inoltre il confronto tra le



due Aziende sanitarie regionali mostra percentuali significativamente superiori degli indicatori di consumo a rischio per l'azienda USLUmbria1.

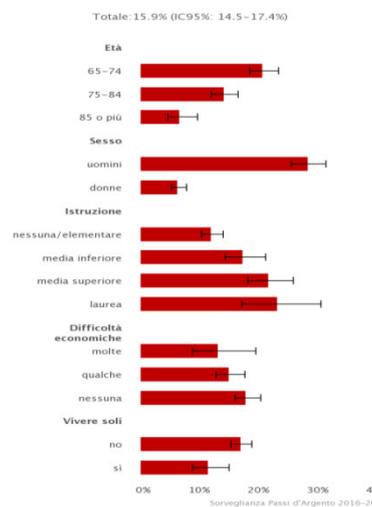
Il 62% di coloro che hanno **65 anni e più**, dichiara di non consumare abitualmente bevande alcoliche, mentre il 16% riferisce un consumo "a rischio" per la propria salute (in media più di una unità alcolica (Ua) al giorno).

Il consumo di alcol a rischio è molto più frequente fra gli uomini, si riduce con l'età e, come per il resto della popolazione, resta prerogativa delle classi socialmente più avvantaggiate per istruzione.

Fra le persone che fanno un consumo di alcol a rischio per la salute, più della metà (pari complessivamente al 11% di tutti gli ultra 64enni) non supera le 2 Ua al giorno e questo fa pensare che si tratti del bere durante i pasti, abitudine acquisita nel corso della vita che, si può immaginare, non venga percepita come rischiosa per la salute.

Preoccupante invece il numero di persone che assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, come i pazienti con malattie del fegato, fra i quali il 38% consuma alcol.

**Consumo alcolico a maggior rischio per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria**





### L'atteggiamento degli operatori sanitari

L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: tra i **18-69enni** appena il 5% dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno. Il consiglio aumenta tra coloro che riferiscono un consumo abituale elevato.

Anche tra gli **ultra 64enni** l'attenzione da parte degli operatori sanitari al problema risulta molto bassa: meno del 10% dei consumatori di alcol a rischio riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno dal medico o da un altro operatore sanitario.

### Il consiglio ai bevitori a maggior rischio da medici e operatori sanitari

*Umbria – PASSI e Passi d'Argento 2016/2019*

Bevitori a maggior rischio <b>18-69enni</b> che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	5.3%
• Tra i bevitori fuori pasto	2.9%
• Tra i bevitori binge	5.4%
• Tra chi ha un consumo abituale elevato	15.8%
Bevitori a maggior rischio <b>ultra 64enni</b> che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	9.0%

### **Uso di sostanze illecite**

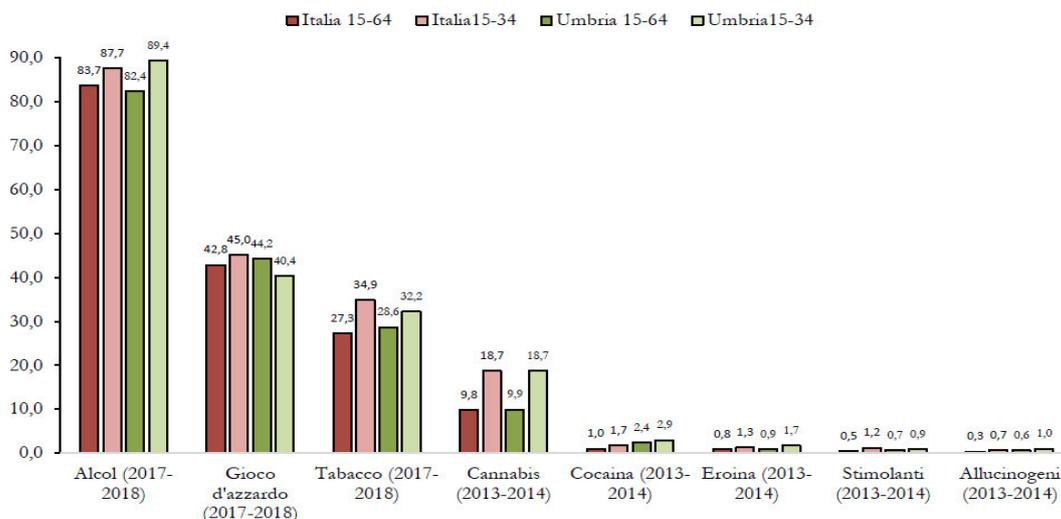
#### Consumi nella popolazione generale

Le indagini IPSAD realizzate nel biennio 2013-2014 e nel biennio 2017-2018 mostrano come la popolazione umbra di 15-64 anni abbia un pattern di consumo di sostanze lecite e illecite sostanzialmente sovrapponibile, nel suo insieme, a quello della popolazione italiana (fig.50).

I consumi di sostanze lecite sono nettamente superiori rispetto a quelli di tutte le sostanze illecite; il consumo maggiormente diffuso è quello dell'alcol seguito dal tabacco.

Tra le sostanze illecite prevale nettamente la cannabis, con prevalenze totalmente sovrapponibili alla media italiana. Per quanto riguarda le altre sostanze illecite, dal confronto tra i dati nazionali e quelli regionali, pur tenendo conto che le differenze non sono tali da possedere una rilevanza statistica certa, emergono livelli di consumo superiori in Umbria rispetto all'Italia per la cocaina, sia nella fascia d'età 15- 34 anni che nella fascia 15-64 anni. Nel confronto tra le due fasce d'età considerate, si rilevano differenze significative nel consumo di cannabis, che sia in Italia che in Umbria, è nettamente più elevato tra i 15-34enni.

*Fig. 50 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e gioco d'azzardo nella popolazione generale umbra e italiana. Popolazioni 15-34 anni e 15-64 anni. Indicatore "consumo negli ultimi 12 mesi". Indagine IPSAD®. Anni 2013-2014, 2017-2018*



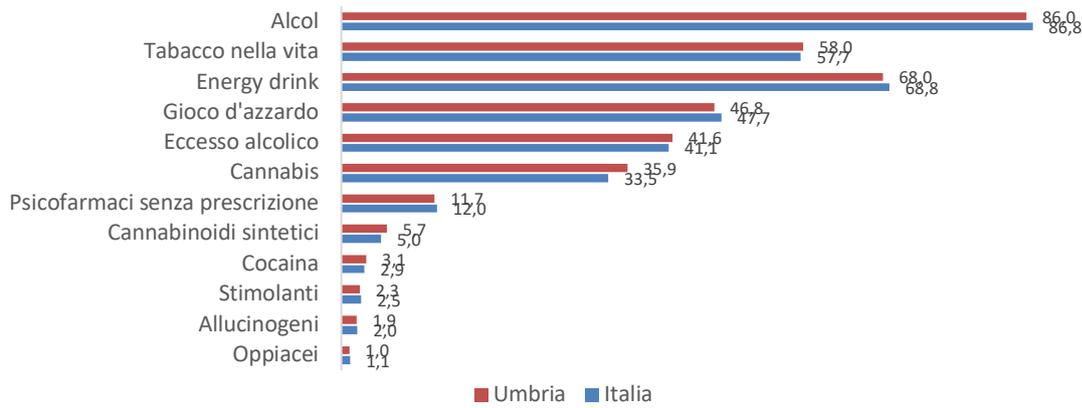
L'analisi dei dati di prevalenza evidenzia consumi costantemente più elevati da parte dei maschi rispetto alle coetanee, sia nella fascia d'età 15-34 anni che in quella 15-64 anni.

Nelle sostanze illecite si notano maggiori differenze nella fascia 15-34; in queste età i consumi sono più diffusi in entrambi i generi, ma in maniera più accentuata nei maschi.

Consumi nella popolazione studentesca

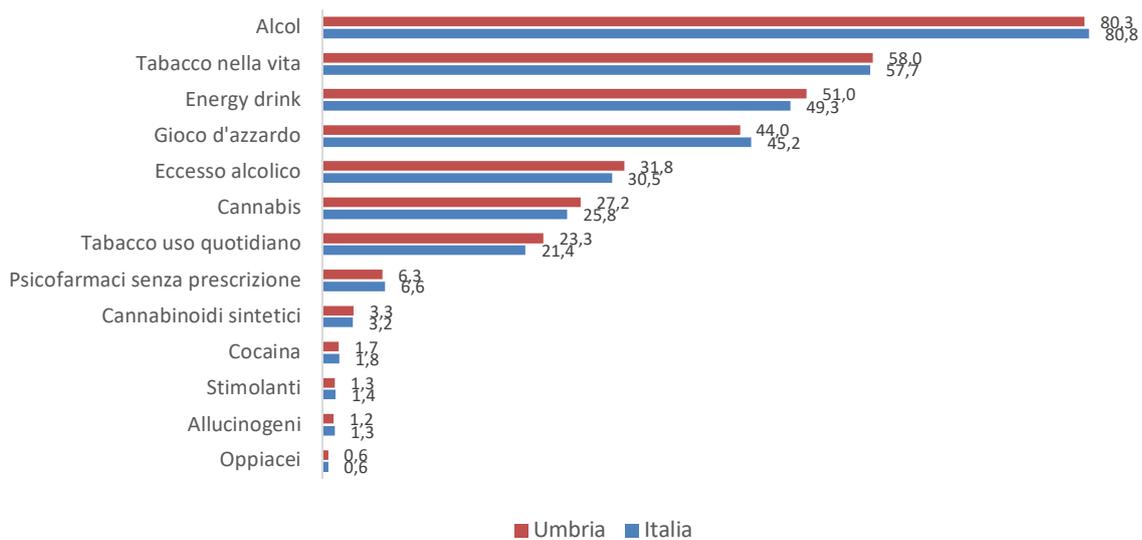
L'indagine ESPAD Italia del 2019 mostra come gli studenti umbri di 15-19 anni, per l'indicatore di consumi durante la vita, abbiano un pattern di consumo di sostanze lecite e illecite e di gioco d'azzardo sostanzialmente sovrapponibile a quello degli studenti italiani. Una leggera differenza si rintraccia nel consumo di cannabis, di poco superiore al dato nazionale (fig. 51).

Fig. 51 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e di giochi d'azzardo nella popolazione studentesca in Italia e in Umbria di 15-19 anni. Indicatore "consumo nella vita". Indagine ESPAD®Italia. Anno 2019



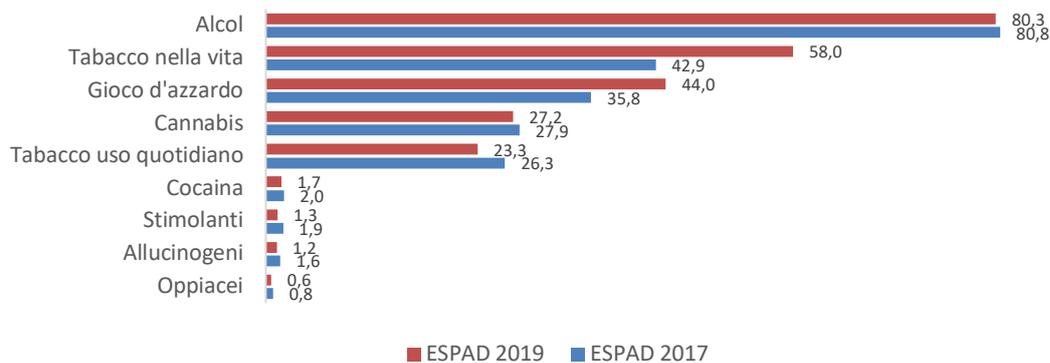
Il consumo maggiormente diffuso negli ultimi 12 mesi, sia in Umbria che in Italia, è quello dell'alcol, seguito dal fumo di tabacco nella vita, dagli energy drink e dal gioco d'azzardo. I dati umbri sono sovrapponibili a quelli nazionali, con alcune eccezioni. Infatti, uso quotidiano di tabacco, cannabis, eccesso alcolico ed uso di energy drink, mostrano delle prevalenze leggermente superiori in Umbria (fig. 52).

Fig. 52 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e di giochi d'azzardo nella popolazione studentesca in Italia e in Umbria di 15-19 anni. Indicatore "consumo negli ultimi 12 mesi". Indagine ESPAD®Italia. Anno 2019



Dal confronto dei dati 2017-2019 emergono alcune differenze nell'evoluzione dei consumi. In particolare, nel 2019 si assiste ad un aumento delle prevalenze relative al consumo di tabacco della vita e del gioco d'azzardo, mentre si rileva una leggera diminuzione nell'uso quotidiano di tabacco. I dati restanti sono pressoché stabili (fig. 53).

Fig. 53 - Prevalenza di consumo di sostanze lecite e illecite e di giochi d'azzardo nella popolazione studentesca di 15-19 anni in Italia e in Umbria negli anni 2017 e 2019. Indicatore "consumo negli ultimi 12 mesi". Indagine ESPAD®Italia. Anni 2017 e 2019



Il dato di genere evidenzia livelli di consumo tendenzialmente superiori nei maschi rispetto alle coetanee, con una differenza particolarmente marcata per l'uso di energy drink. Rappresentano, però, un'eccezione il consumo di tabacco e il consumo di psicofarmaci senza prescrizione medica, comportamenti riferiti maggiormente dalle femmine.

Analizzando il dato relativo alla fascia d'età distinta per ragazzi di 15-17 anni e 18-19 anni, si evidenzia come il consumo delle varie sostanze negli ultimi 12 mesi siano prevalenti tra i maggiorenni (18-19 anni), con alcune eccezioni: infatti, il consumo di energy drink ed il consumo di farmaci senza prescrizione medica mostrano delle prevalenze molto simili nelle due fasce d'età.

L'indagine ESPAD®Italia ci consente di rilevare anche l'indicatore di uso frequente ("ultimi 30 giorni"), utile a monitorare forme di consumo più assiduo. Esaminando i dati 2019, si evidenziano percentuali chiaramente inferiori rispetto all'indicatore "uso nell'ultimo anno".

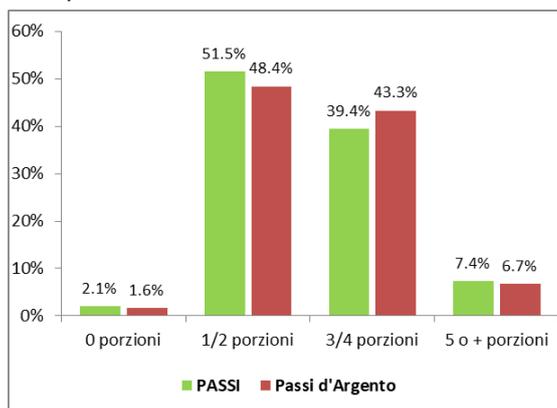
Nell'uso negli ultimi 30 giorni l'alcol si conferma la sostanza più utilizzata a livello nazionale e umbro, anche nella sua forma di "binge drinking" ed eccesso alcolico, mostrando, per queste due modalità di consumo, dei dati regionali al di sopra di quelli nazionali. Superiore al dato nazionale anche il consumo di cannabis che continua a rappresentare la sostanza illecita più utilizzata dai giovani umbri, come emerso anche nei dati ESPAD 2017. Nel consumo di energy drink, invece, si evidenziano delle prevalenze leggermente inferiori del dato umbro rispetto a quello nazionale.

Analizzando le prevalenze delle sostanze per genere del consumo negli ultimi 30 giorni, si conferma la maggiore diffusione tra i maschi, soprattutto per quanto riguarda il consumo di alcol, di energy drink, di cannabis e la pratica del "binge drinking". Le percentuali relative all'eccesso alcolico sono pressoché identiche tra maschi e femmine, mentre si conferma un comportamento prevalentemente femminile l'uso di psicofarmaci senza prescrizione medica.

## Alimentazione e eccesso ponderale

### Consumo di frutta e verdura

Secondo i dati forniti dai sistemi di sorveglianza (OKkio alla SALUTE, PASSI, PASSI d'Argento) si conferma anche per gli umbri la tendenza ad un basso consumo giornaliero di frutta e verdura in tutte le fasce di età, raggiungendo in minima percentuale l'indicazione al consumo di 5 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno. Bambini, adulti ed anziani infatti ne consumano prevalentemente 1 o 2 porzioni giornaliere.



In particolare l'abitudine al consumo di 5 porzioni di frutta al giorno riguarda l'1% dei bambini, mentre il consumo di 5 porzioni di verdura al giorno il 2%. Tra gli adulti questa proporzione raggiunge il 7%.

La disponibilità di medesime informazioni in tutta la popolazione adulta consente inoltre di individuare l'alto livello di istruzione, il sesso femminile, l'aumentare dell'età (fino ai 74 anni) come associate al consumo raccomandato di frutta e verdura.

In Umbria il consumo di 5 o più porzioni giornaliere di frutta e/o verdura è significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale.

Dal confronto dei dati forniti da oltre 10 anni di sorveglianza PASSI emerge nei **18-69enni** umbri un andamento costante nel tempo dell'adesione al Five a day.

Inoltre, seguire il Five a day si associa agli altri comportamenti salutari:

- essere normopeso
- non essere sedentario
- non essere fumatore
- non consumare alcol.

### Eccesso ponderale

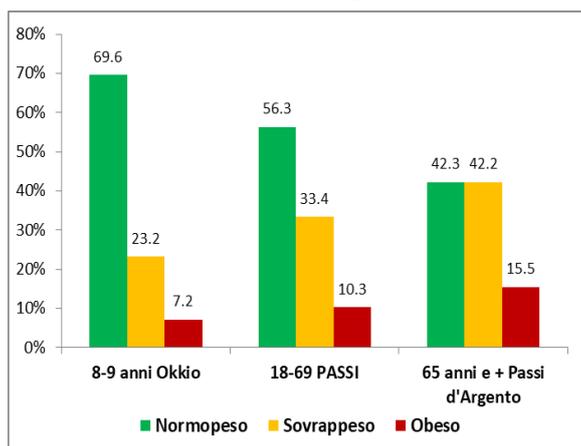
L'essere obesi o in sovrappeso (eccesso ponderale) rappresenta uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche non trasmissibili, quali malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete tipo 2 ed alcune forme di tumori. L'obesità e il sovrappeso, se presenti in età evolutiva, tendono a persistere in età adulta aumentando il rischio di sviluppo delle suddette patologie. Dunque, considerando il danno sulla salute che può causare l'eccesso ponderale, la sua prevenzione rappresenta un obiettivo prioritario di salute pubblica.

Secondo gli ultimi dati relativi a peso e altezza resi disponibili dai **systemi di sorveglianza** si stima che siano in eccesso ponderale un bambino su 3, 2 adulti su 5 e 3 anziani su 5.

L'eccesso ponderale è una condizione più frequente:

- all'aumentare dell'età
- nel sesso maschile
- tra le persone con livelli d'istruzione più bassi

Stato nutrizionale  
OKkio, PASSI, Passi d'Argento Umbria



Consumo quotidiano di 5 porzioni frutta e verdura per regione di residenza  
Passi 2016-2019



Sorveglianza Passi

Eccesso ponderale per regione di residenza  
Passi 2014-2017



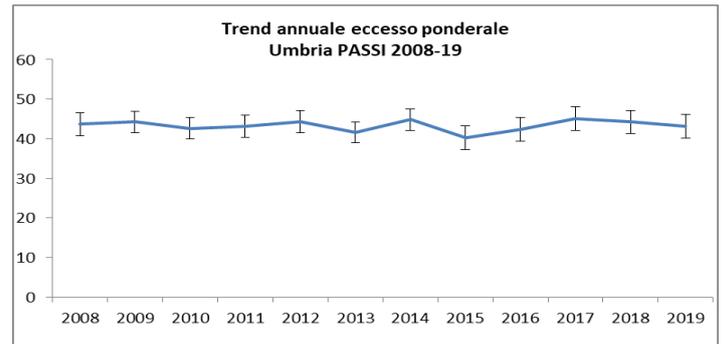
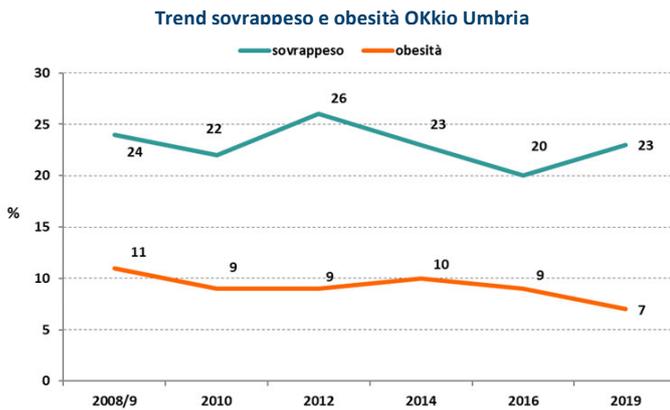
Sorveglianza Passi

- tra quelle economicamente più svantaggiate.

Il confronto delle prevalenze di sovrappeso e obesità tra le diverse regioni italiane mostra un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. L'Umbria è in linea con la media nazionale.

Il confronto nel tempo dei dati relativi ai **bambini** mostra un trend in leggera diminuzione per l'obesità, dato confermato anche dal livello nazionale. Il dato è in controtendenza rispetto al resto d'Europa.

Utilizzando il periodo di rilevazione 2008-2019 come tracciante del fenomeno nel tempo per gli **adulti**, non si evidenziano in Umbria, come pure a livello nazionale, cambiamenti nella quota delle persone in eccesso ponderale, mostrando una sostanziale stabilità del fenomeno.



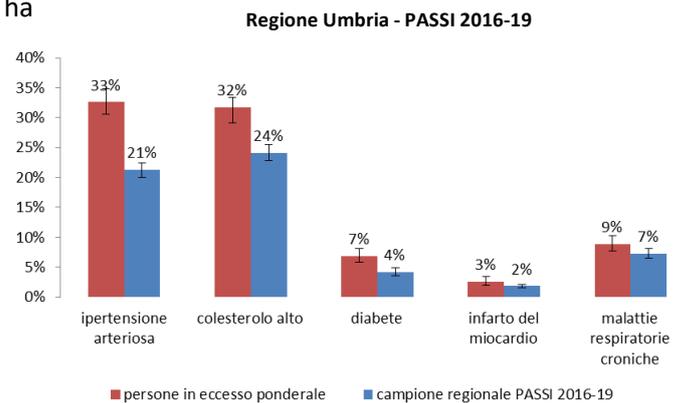
### Salute delle persone in eccesso ponderale

I **18-69enni** in sovrappeso od obesi mostrano profili di salute più critici di quelli della popolazione generale, sopportano un maggior carico di malattia e più frequentemente di altri dichiarano di soffrire di condizioni croniche quali ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, infarto del miocardio e malattie respiratorie croniche. Anche tra gli over 64enni l'eccesso ponderale è associato ad una maggior presenza di malattie croniche.

### L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra i **18-69enni**, il 41% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso; il 38% di praticare attività fisica. L'attenzione degli operatori sanitari è rivolta prevalentemente alle persone obese (77% consiglio di perdere peso; 58% consiglio di fare attività fisica), mentre minore è la percentuale di pazienti in sovrappeso che ricevono consigli.

Per quanto riguarda i più **anziani**, meno di una persona su 2 riceve il consiglio di praticare attività fisica regolare. Non si osservano differenze tra le due aziende sanitarie regionali. I dati sono inoltre in linea con quelli medi nazionali.

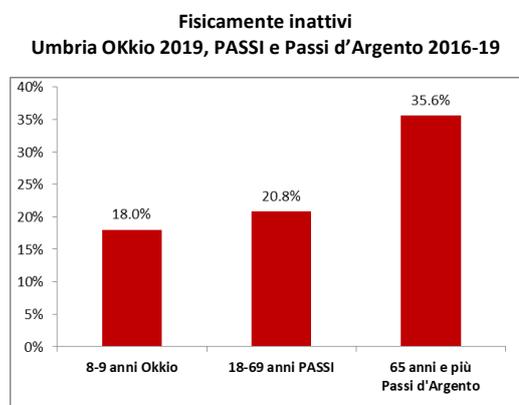


<b>Il consiglio di medici e operatori sanitari</b>	
<i>Umbria - PASSI e Passi d'Argento 2016-2019</i>	
<u>18-69enni</u> in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso	41%
<u>18-69enni</u> in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	38%
<u>Ultra 64enni</u> che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	34%

## Attività fisica e sedentarietà

### Attività Fisica

Dai sistemi di sorveglianza si stima che in Umbria la popolazione sia in maggior misura attiva o parzialmente attiva.



Risulta comunque sedentario un bambino su 6, un 18-69enne su 5 e un anziano su 3.

La sedentarietà è più frequente:

- al crescere dell'età
- nel sesso femminile
- tra le persone con basso livello di istruzione
- tra coloro che hanno maggiori difficoltà economiche.



In Umbria la percentuale di sedentari tra i 18-69enni risulta significativamente inferiore rispetto al dato medio nazionale.

Dal confronto di 10 anni di rilevazione (PASSI) si osserva in Umbria una sostanziale stabilità della percentuale di 18-69enni sedentari a differenza del dato italiano che mostra un trend in continua e significativa crescita.

### Salute delle persone sedentarie

Anche lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare tra i 18-69enni è risultato essere sedentario:

- il 27% delle persone depresse
- il 25% degli ipertesi
- il 25% di coloro che sono in eccesso ponderale
- il 23% dei fumatori.

### L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra i **18-69enni** umbri più di un terzo ha ricevuto il consiglio di praticare regolarmente più attività fisica. La percentuale aumenta tra coloro che sono in eccesso ponderale dove l'attenzione degli operatori sanitari è rivolta maggiormente alle persone obese (43.1% consiglio di fare attività fisica). Il consiglio raggiunge inoltre il 49.8% di coloro che riferiscono almeno 1 patologia cronica.

Tra gli **anziani**, meno di una persona su 2 riceve il consiglio di praticare attività fisica regolare.

Nonostante sia ancora troppo bassa l'attenzione degli

operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche, l'Umbria conferma valori maggiori rispetto a quelli medi nazionali. All'interno della regione gli assistiti dell'azienda USL Umbria2 ricevono maggiormente il consiglio di svolgere attività fisica regolare da parte di medici e operatori sanitari.



<b>Il consiglio di fare attività fisica da medici e operatori sanitari</b>	
<i>Umbria - PASSI 2016-19 Passi d'Argento 2016-19</i>	
<b>18-69enni</b> che hanno ricevuto il consiglio di fare più attività fisica	35%
• tra coloro che sono in eccesso ponderale	43.1%
• tra coloro che hanno almeno 1 patologia cronica	49.8%
<b>Over 64enni</b> che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica	33.9%

## Diseguaglianze ed equità

I determinanti sociali, cioè le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano, invecchiano, sono le cause sottostanti delle disuguaglianze di salute. Vi sono azioni che possono ridurre tali disuguaglianze. L'OMS raccomanda di comprendere meglio il fenomeno delle disuguaglianze e valutare l'impatto delle azioni.

“Tooldis- Tool per le disuguaglianze di salute” mette a disposizione una cassetta degli attrezzi per comprendere il fenomeno delle disuguaglianze nelle regioni italiane, per capire quali fattori di rischio hanno un peso maggiore, quali di essi sono più influenzati dalle differenze socio-economiche, quali sono le azioni di promozione e prevenzione della salute caratterizzate da un'esplicita attenzione al contrasto delle disuguaglianze.

Utilizzando gli strumenti contenuti in TOOLDIS (CoEsDi, CoMoDi e CARE), si sono esplorati i diversi anelli della catena dei nessi causali che generano le disuguaglianze sociali nella salute e le proposte di interventi di contrasto documentati e trasferibili, si è quindi fatta un'analisi riguardo i dati della regione Umbria con l'obiettivo di:

- stimare l'intensità delle disuguaglianze sociali nei fattori di rischio,
- individuare i target su cui orientare le azioni di prevenzione per l'equità,
- creare un sistema di priority setting per l'equità nella prevenzione,
- suggerire raccomandazioni su come meglio calibrare gli interventi di prevenzione in termini di equità.

Per quanto riguarda il contributo delle diseguaglianze all'esposizione, dalla tabella 27 e dai grafici 54, 55 e 56, si evidenzia che:

- per quanto riguarda la **sedentarietà**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 27,7%, ovvero quasi 73.700 persone;
- rispetto al **sovrappeso**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 16,5%, ovvero più di 42.300 persone;
- per quanto riguarda il **fumo di tabacco**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 17,9%, ovvero quasi 24.000 persone. Considerando, invece, i forti fumatori la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 40,1%, ovvero oltre 15.000 persone;
- rispetto al consumo **abituale di alcol**, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 5,4%, ovvero oltre 8.200 umbri in meno se si eliminassero le disuguaglianze. Considerando, invece, il consumo di alcol a rischio, la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze è pari al 26,6%, ovvero oltre 11.000 persone.

Tab. 27 - Fattori di rischio comportamentali in Umbria. Totale uomini e donne - Tutte le età (30-74 anni) (tab.1)

Fattore di rischio	CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze			CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze		
	<sup>2</sup> Prevalenza%	<sup>3</sup> PAF%	<sup>4</sup> N. soggetti dis	<sup>5</sup> RA	<sup>6</sup> PAF%	<sup>7</sup> N. morti dis
Alcol abituale	28,5	5,4	8213	7,5	1,5	31
Alcol a rischio	7,9	26,6	11094			

<sup>2</sup> Prevalenza % del fattore di rischio nella popolazione selezionata

<sup>3</sup> PAF% è la riduzione percentuale di esposti al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze

<sup>4</sup> numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze

<sup>5</sup> RA rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio espresso in valore percentuale

<sup>6</sup> PAF% è la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze

<sup>7</sup> numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali

Fumatori	25,2	17,9	23791	23,7	2,1	45
Forti fumatori	7,3	40,1	15470			
Sedentari	50,3	27,7	73658	13,5	3,4	71
No 5 F&V a day	92,3	4,1	19964			
No 3 F&V a day	35,9	16,7	31731	1,2	0,2	3
Poche F&V	12,3	7,8	5093			
Troppe carni	50,9	-2,4	-6400			
Troppi grassi	5,4	17,5	5001			
Sovrappeso	48,6	16,5	42302	11,6	1,6	35
Obesi	11,7	23,5	14609			

Fig. 54 - CoEsDi BENEFICIO % (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)

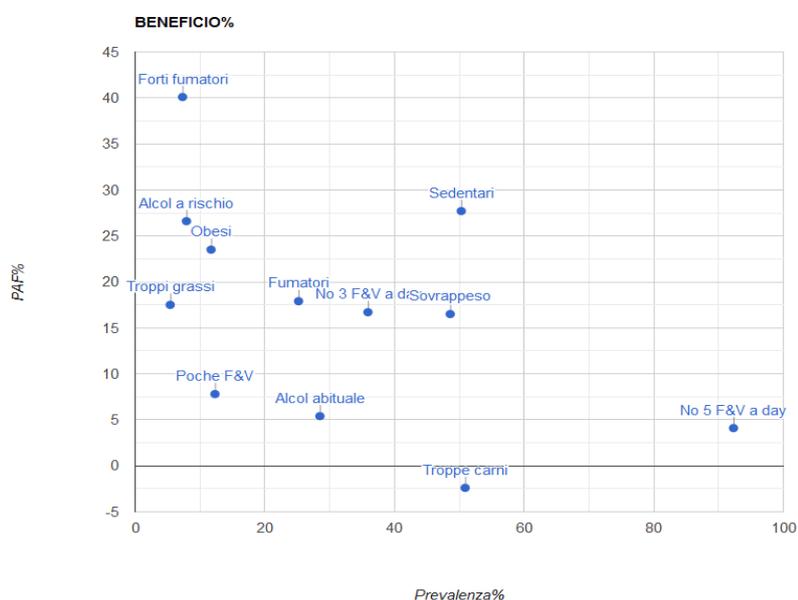


Fig. 55 - CoEsDi -IMPATTO% (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)

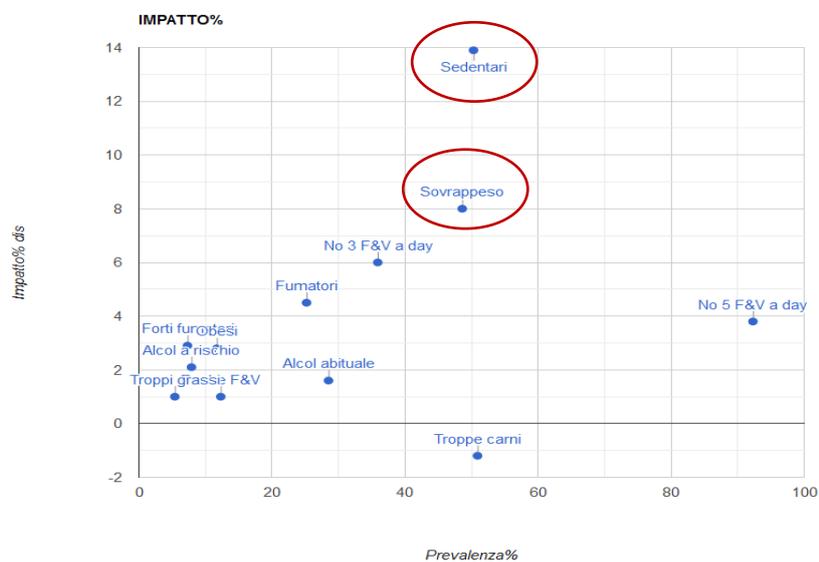
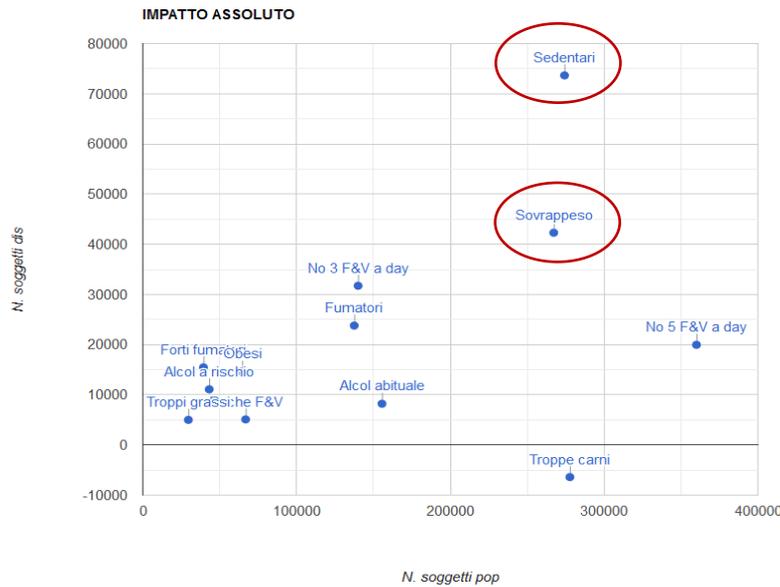


Fig. 56 - CoEsDi -IMPATTO ASSOLUTO (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)



Per quanto riguarda il contributo delle disuguaglianze alla mortalità, dalla tabella 27 e dai grafici 57, 58 e 59, si evidenzia che:

- per quanto riguarda la **sedentarietà**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 13,5%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari al 3,4% (n. 71 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali);
- rispetto al **sovrappeso**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 11,6%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari al 1,6% (n. 35 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali);
- in riferimento ai **fumatori**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 23,7%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari al 2,1% (n. 45 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali);
- rispetto al **consumo abituale di alcol**, per un rischio di mortalità attribuibile all'esposizione al fattore di rischio in Umbria pari al 7,5%, la riduzione percentuale di morti a causa dell'esposizione al fattore di rischio che si potrebbe ottenere eliminando le disuguaglianze sarebbe pari all'1,5% (n. 31 soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato che si eviterebbero se si eliminassero le disuguaglianze sociali).

Fig. 57 - CoMoDi-BENEFICIO% (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni)

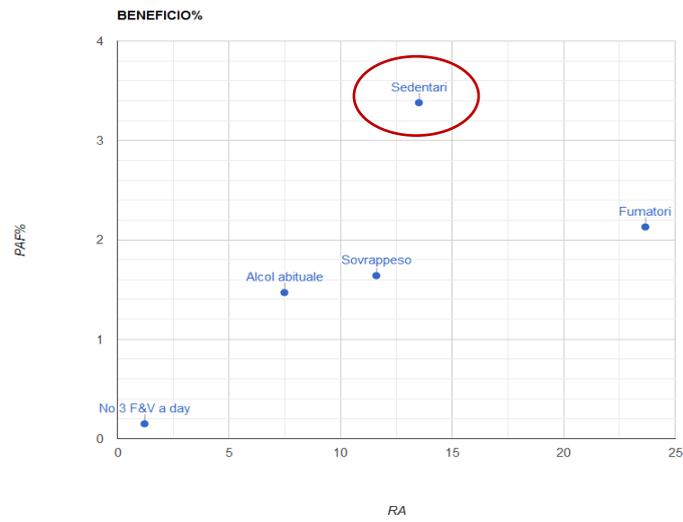


Fig. 58 - CoMoDi-IMPATTO% (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni) Grafico 5

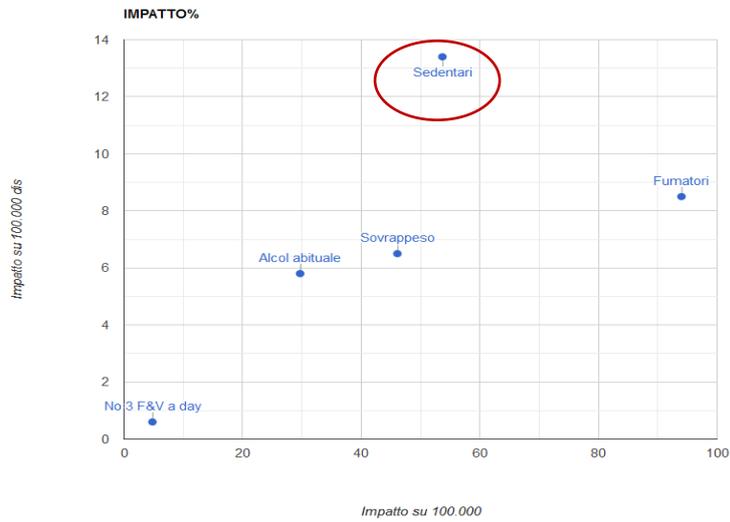
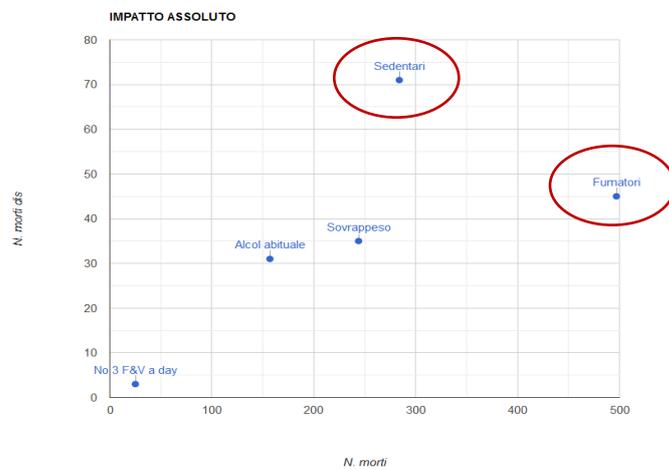


Fig. 59 - CoMoDi-IMPATTO ASSOLUTO (Umbria -Totale uomini e donne- 30-74 anni) Grafico 6



La sedentarietà, in minor misura il sovrappeso, e l'abitudine al fumo per quanto riguarda gli effetti sulla mortalità, rappresentano i principali fattori di rischio comportamentale in Umbria su cui occorrerebbe intervenire in un'ottica di prevenzione per l'equità in quanto molto influenzati dall'intensità delle disuguaglianze sociali.

Per comprendere meglio gli effetti delle disuguaglianze su questi fattori di rischio, i dati sono stati stratificati per genere e grandi classi di età (tab. 28).

Per quanto riguarda la sedentarietà, le disuguaglianze incidono maggiormente per le donne nelle classi di età 45-54 e 65-74, per gli uomini nelle classi 45-54 e 55-64 anni (fig. 60).

Intervenendo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 15.135 esposti al rischio sedentarietà tra i maschi di 45-54, 11.027 tra i maschi di 65-74 anni, 10.167 esposti al rischio sedentarietà tra le donne di 45-54 e 9.925 tra le donne di 65-74 anni; inoltre il rischio di mortalità per il fattore sedentarietà si ridurrebbe per gli uomini di 45-54 anni del 6,8% e per le donne di 45-54 anni del 5,9% (tab. 28).

Tab. 28 - Umbria- fattore di rischio sedentarietà per genere e classi di età

Sedentarietà MASCHI					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
<b>CoEsDi</b> Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	41,8	47,8	48,7	52
	PAF%	32,6	46,9	33,3	17,9
	N. soggetti pop <sup>8</sup>	41022	31363	26480	24605
	N. soggetti dis	11027	15135	9435	4588
<b>CoMoDi</b> Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	10,9	11,9	11,3	12,2
	PAF%	4,6	6,8	4	2
	N. morti <sup>9</sup>	8	17	38	94
	N. morti dis	3	10	13	15
Sedentarietà FEMMINE					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
<b>CoEsDi</b> Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	49,8	49,6	57,1	64,3
	PAF%	17,3	28,7	17,2	28
	N. soggetti pop	50481	34427	33551	32279
	N. soggetti dis	7141	10167	6240	9925
<b>CoMoDi</b> Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	17,6	17,2	15,9	16,2
	PAF%	3,3	5,9	2,3	4,1
	N. morti	6	16	33	72
	N. morti dis	1	5	5	18

<sup>8</sup> numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato

<sup>9</sup> numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato

Fig. 60 - CoEsDi - Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze - Sedentarietà in Umbria

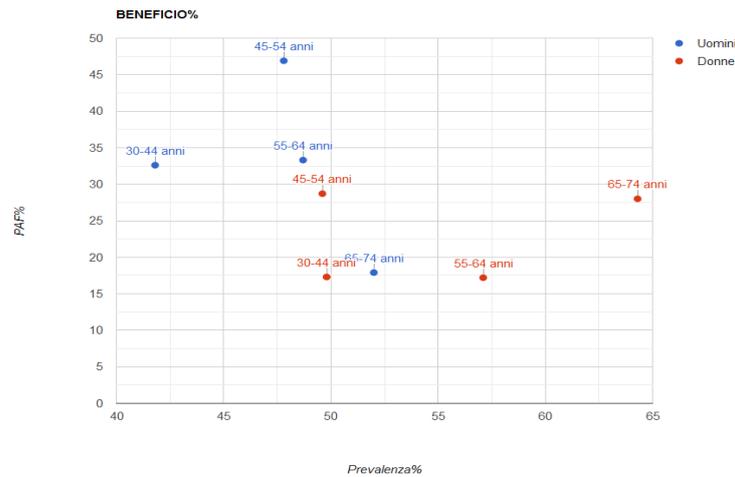
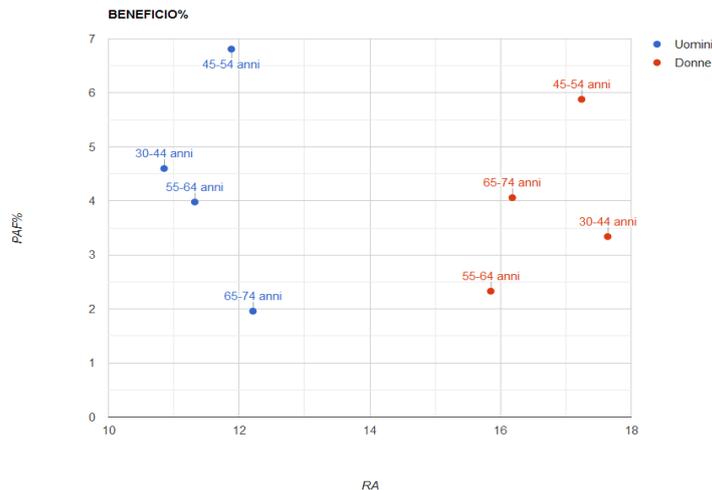


Fig. 61 - CoMoDi - Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze - Sedentarietà in Umbria



Per quanto riguarda il sovrappeso, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 65-74 anni (fig. 62).

Le disuguaglianze incidono per le donne in tutte le classi di età, soprattutto per quelle nella fascia 30-44 anni.

Intervenendo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 8.543 esposti al rischio sovrappeso nelle donne 65-74 anni, 7.980 nelle donne 55-64 anni e 7.734 nelle donne 55-64 anni; il rischio di mortalità per il fattore sovrappeso si ridurrebbe per le donne di 55-64 anni del 2,3% e per le donne di 65-74 anni del 2,4 % (tab. 29).

Tab. 29 - Umbria- fattore di rischio sovrappeso

Sovrappeso MASCHI					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
CoEsDi Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze <sup>10</sup>	Prevalenza%	49,1	62,8	61,5	74,1
	PAF%	10,6	-1,5	13,8	10,1
	N. soggetti pop	48755	41371	33730	35568
	N. soggetti dis	4218	-655	4945	3680

<sup>10</sup> È possibile avere delle PAF negative che si ottengono quando uno stile di vita negativo è più prevalente tra gli strati sociali più avvantaggiati.

<b>CoMoDi</b> Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	8,5	12,7	12,4	13,5
	PAF%	1,8	0,8	1,8	1,1
	N. morti	6	18	42	104
	N. morti dis	1	1	6	8
<b>Sovrappeso FEMMINE</b>					
	<b>Indicatori</b>	<b>Classi di età</b>			
		<b>30-44</b>	<b>45-54</b>	<b>55-64</b>	<b>65-74</b>
<b>CoEsDi</b> Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	22,8	36,5	50,7	57,2
	PAF%	31,1	29,7	24,8	27,1
	N. soggetti pop	23231	25462	30146	28952
	N. soggetti dis	5857	7734	7980	8543
<b>CoMoDi</b> Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	4,9	7,4	10,4	9,8
	PAF%	1,6	2	2,3	2,4
	N. morti	2	7	21	44
	N. morti dis	1	2	5	11

Fig.62 - CoEsDi -Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze - Sovrappeso in Umbria

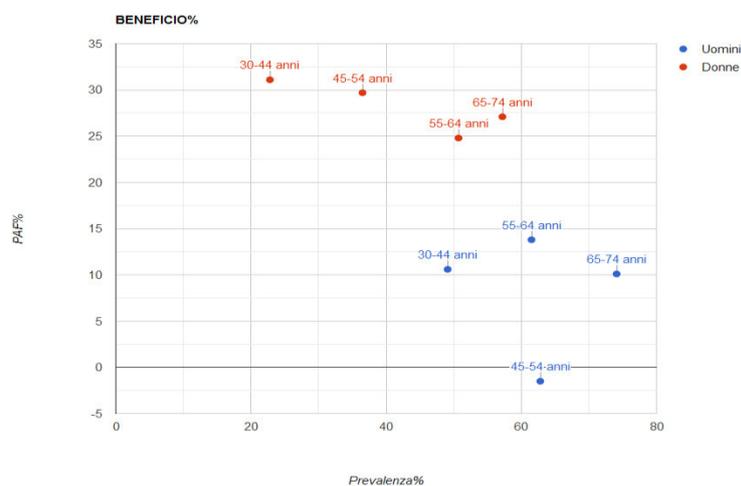
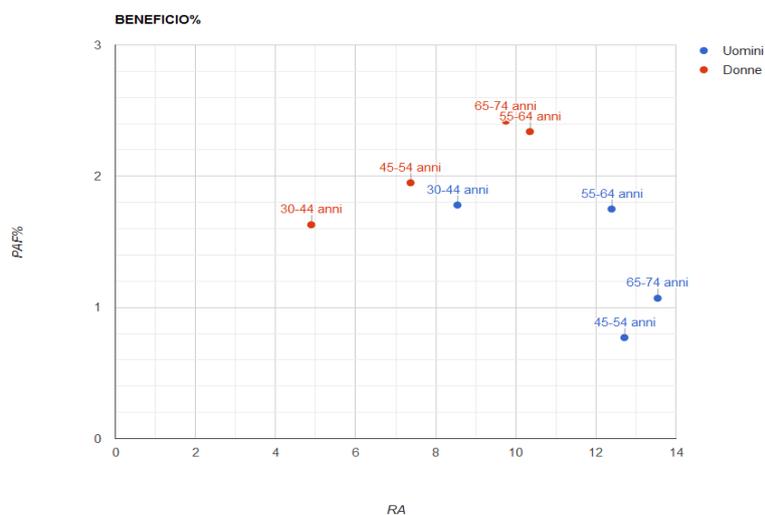


Fig. 63 - CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze - Sovrappeso in Umbria



Per quanto riguarda l'abitudine al fumo, ad essere più esposti al fattore di rischio risultano gli uomini di 30-44 e 45-54 anni (fig. 64).

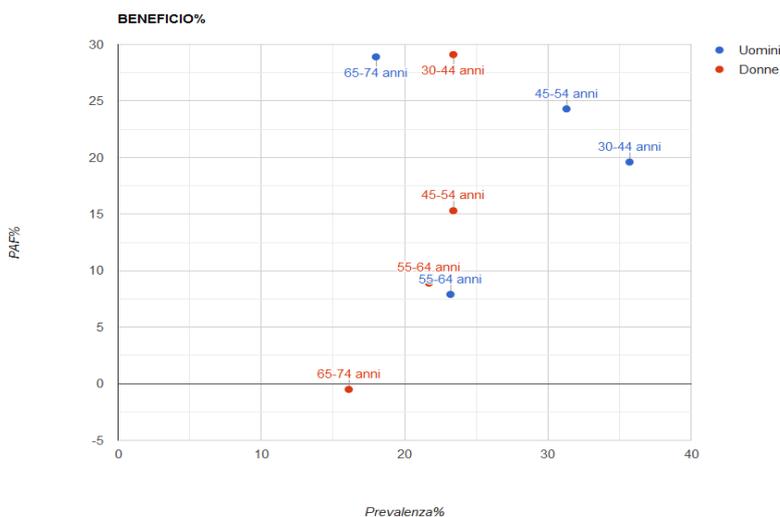
Le disuguaglianze incidono soprattutto per le donne nella classe di età 30-44, per gli uomini maggiormente nella classe di età 65-74, ma significativamente anche in quelle 45-54 e 30-44 anni.

Intervenendo sulle disuguaglianze si potrebbero evitare 5.667 esposti al rischio tra i maschi di 30-44 anni, 5.126 tra i maschi di 45-54 anni, 5.634 esposti al rischio dell'abitudine al fumo tra le donne di 30-44 anni; il rischio di mortalità per il fattore abitudine al fumo si ridurrebbe per gli uomini di 30-44 anni del 6,8% e per quelli di 45-54 anni del 7,8% (tab. 30).

Tab. 30 - Umbria- fattore di rischio fumatori

Fumatori MASCHI					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
<b>CoEsDi</b> Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	35,7	31,3	23,2	18
	PAF%	19,6	24,3	7,9	28,9
	N. soggetti pop <sup>11</sup>	35130	20427	12641	8584
	N. soggetti dis	5667	5126	1067	2555
<b>CoMoDi</b> Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	32	30,4	28,6	27,2
	PAF%	6,8	7,8	1,3	2
	N. morti <sup>12</sup>	23	43	96	209
	N. morti dis	5	11	4	15
Fumatori FEMMINE					
	Indicatori	Classi di età			
		30-44	45-54	55-64	65-74
<b>CoEsDi</b> Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze	Prevalenza%	23,4	23,4	21,7	16,1
	PAF%	29,1	15,3	8,9	-0,5
	N. soggetti pop	23624	16224	12713	8094
	N. soggetti dis	5634	2561	1225	-44
<b>CoMoDi</b> Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze	RA	17,8	17,9	17,9	14,7
	PAF%	3,9	1,7	1,5	0,8
	N. morti	6	17	37	66
	N. morti dis	1	2	3	4

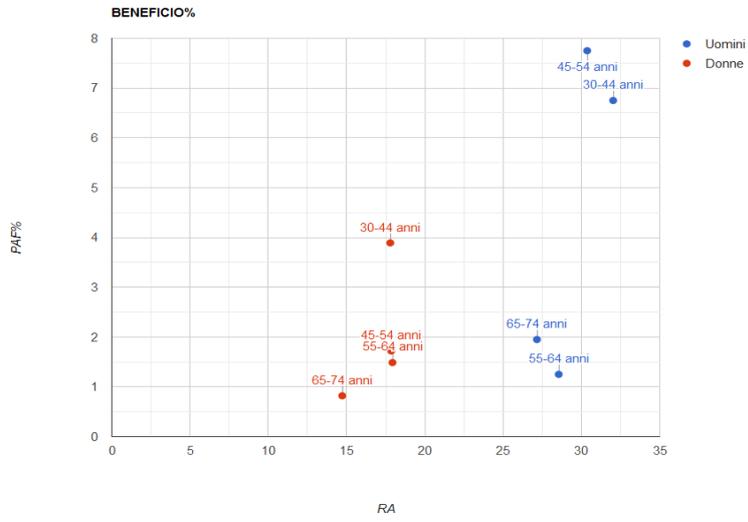
Fig.64 - CoEsDi -Contributo all'Esposizione delle Disuguaglianze - Fumatori in Umbria



<sup>11</sup> numero assoluto di soggetti esposti al fattore di rischio selezionato

<sup>12</sup> numero assoluto di soggetti deceduti a causa del fattore di rischio selezionato

Fig. 65 - CoMoDi Contributo alla Mortalità delle Disuguaglianze - Fumatori in Umbria



## Gioco d'azzardo

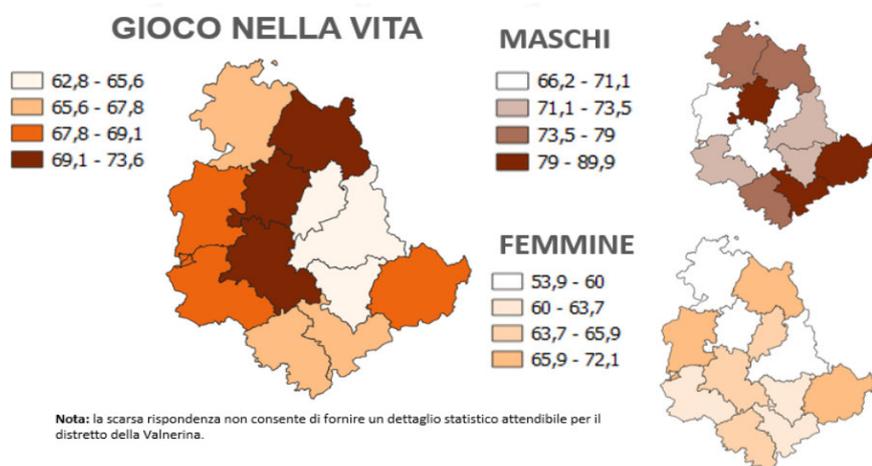
### Il gioco d'azzardo nella popolazione generale

Il "disturbo da gioco d'azzardo" dal 2017 è stato inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza come una delle forme di dipendenza verso le quali il Sistema Sanitario Nazionale garantisce ai cittadini interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Secondo l'indagine GAPS – Gambling Adult Population Survey – 2019 del CNR, riguardante la popolazione generale di 18-84 anni, si stima che in Umbria il 41,8% delle persone abbia praticato giochi d'azzardo nei 12 mesi precedenti all'intervista (47,7% uomini; 36,3% donne) (Figura 4.1). Le prevalenze sono assimilabili alla media italiana (41,4%) rilevata da IPSAD 2017.

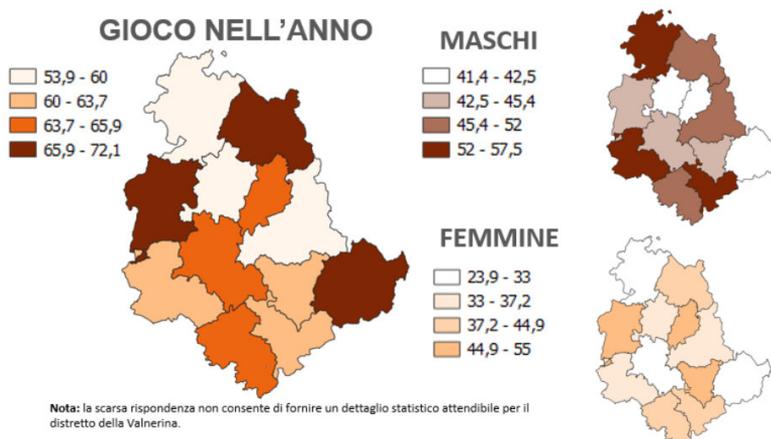
A livello territoriale la distribuzione delle prevalenze di gioco varia: relativamente al gioco nel corso della vita le percentuali più elevate si registrano nei distretti Alto Chiascio, Perugino e Media Valle del Tevere (fig. 66).

Fig. 66 – Prevalenza di gioco d'azzardo nella vita, per zona-distretto e genere nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



Per il gioco negli ultimi 12 mesi le percentuali più elevate sono nei distretti Alto Chiascio, Valnerina e Trasimeno (fig. 67).

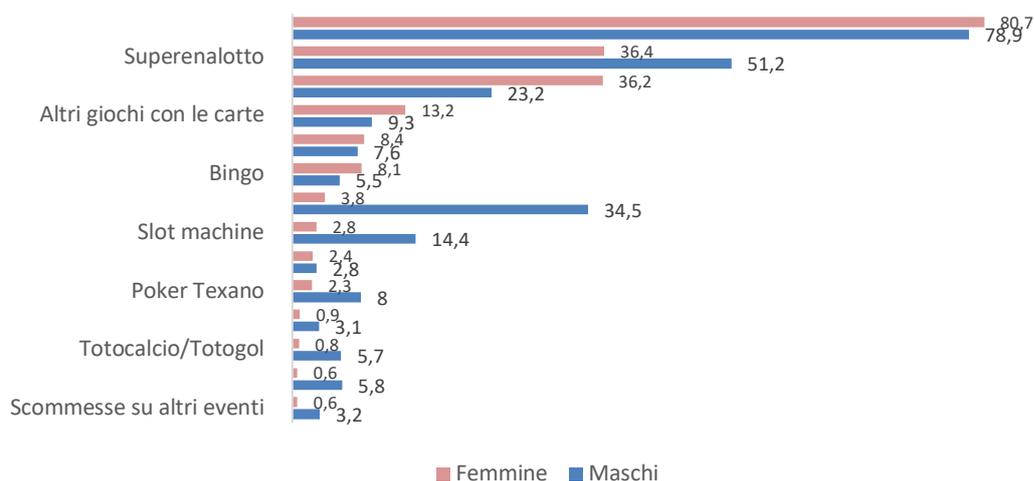
Fig. 67 – Prevalenza di gioco d'azzardo negli ultimi dodici mesi, per zona-distretto e genere nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



La tipologia di gioco maggiormente praticato è il Gratta&Vinci (79,8%), seguita dal Superenalotto (44,2%), dal Lotto (29,9%) e dalle Scommesse sportive (19,9%). Considerando il genere, si notano alcune differenze nel gioco degli uomini e delle donne. In particolare, oltre ai Gratta&Vinci, gioco prevalente per entrambi i sessi e con una

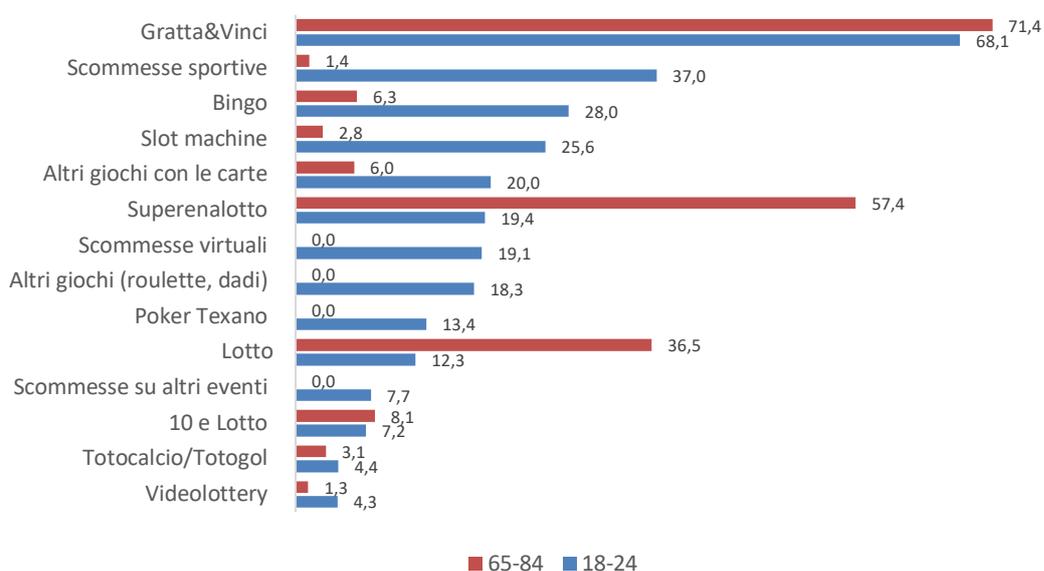
piccola differenza in favore delle femmine, queste ultime mostrano maggiore ricorso al Lotto, Altri giochi con le carte, 10 e lotto e Bingo. Le altre tipologie di gioco sono tutte prevalenti tra i maschi, con valori decisamente maggiore rispetto alle femmine nelle Scommesse sportive e nelle altre tipologie di scommesse, nel gioco alle Slot machine, alle Video Lottery e al Poker texano (fig. 68).

Fig. 68 – Prevalenza dei diversi tipi di gioco d’azzardo giocati negli ultimi dodici mesi nei maschi e nelle femmine (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



Considerando le fasce di popolazione più giovane (18-24 anni) e quella più anziana (65-84 anni), che rappresentano anche gruppi target specifici a maggior rischio per il disturbo da gioco d’azzardo, le tipologie di gioco praticate si ridistribuiscono. In particolare, nella fascia 65-84 anni i giochi più praticati rispetto ai giovani sono Gratta&Vinci, Superenalotto, Lotto e 10 e lotto, tutti giochi tradizionali. La popolazione di 18-24 anni mostra profili di gioco maggiori in tutte le altre tipologie di gioco, con una prevalenza maggiore per Gratta&Vinci, Scommesse sportive, Bingo e Slot machine (fig. 69).

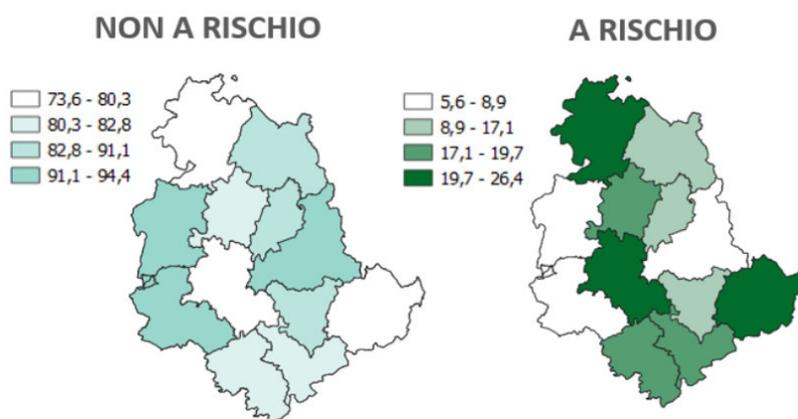
Fig. 69 – Prevalenza dei diversi tipi di gioco d’azzardo giocati negli ultimi dodici mesi nella classe d’età 18-24 anni e 65-84 anni in Umbria. Indagine GAPS – CNR



Il 15,3% di coloro che giocano soldi nella fascia d'età 18-84 anni in Umbria (in Italia il 22,2%) presenta un profilo di gioco d'azzardo a rischio. Il profilo di problematicità del gioco d'azzardo è valutato con il test CPGI (Canadian Problem Gambling Index).

La distribuzione territoriale dei profili di rischio rivela percentuali particolarmente elevate di gioco a rischio nei distretti Valnerina, Alto Tevere e Media Valle Tevere (fig. 70).

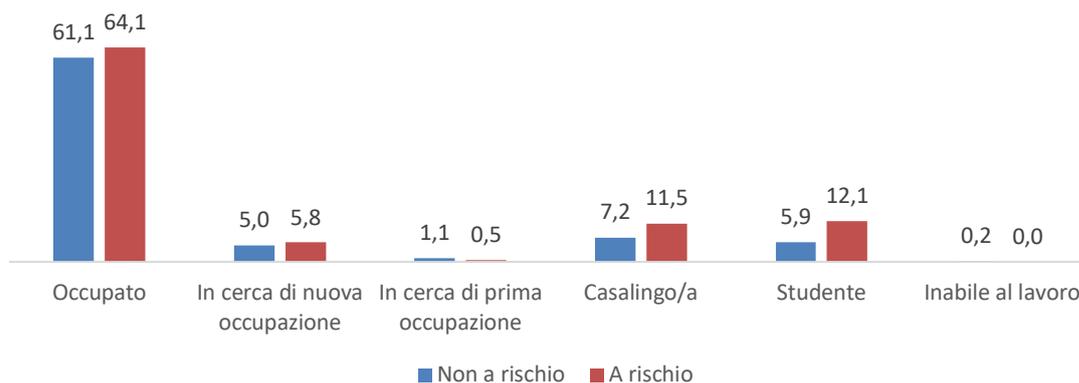
Fig. 70 – Prevalenza di gioco d'azzardo a rischio e non a rischio, per zona-distretto e genere nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



La maggior parte dei giocatori possiede un diploma di scuola secondaria di secondo grado, sia tra quelli a rischio (52,7%) che non (43,3%). Il 28% dei giocatori non a rischio è laureato o ha terminato un percorso post-laurea, contro il 20% di quelli con profilo a rischio.

Considerando la condizione lavorativa, la maggior parte dei giocatori riferisce di avere un'occupazione (64% a rischio; non a rischio 61%). I giocatori a rischio sono maggiormente studenti (12,1% vs. 5,9% non a rischio) e casalinghe/i (11,5% vs. 7,2%) (fig. 71).

Fig. 71 – Lo stato occupazionale dei giocatori: distribuzione percentuale per profilo di gioco nella popolazione generale (età 18-84 anni) in Umbria. Indagine GAPS – CNR



### La lente dell'equità: i determinanti socioeconomici del gioco d'azzardo in Umbria

Il mercato del gioco d'azzardo, negli ultimi decenni, ha mostrato una grande espansione in tutto il mondo, sia per le nuove opportunità di gioco proposte dall'innovazione tecnologica, sia per le politiche pubbliche di liberalizzazione del mercato. L'Italia non fa eccezione e, anzi, rappresenta il mercato del gioco d'azzardo più grande in Europa e tra i più importanti nel mondo. In Italia nel 2019 la raccolta nel gioco d'azzardo è stata 110,54 miliardi di euro, in costante crescita rispetto agli anni precedenti.

Il Report regionale "La geografia del gioco d'azzardo Indagine 2020 - Dati anno 2019" redatto dal CERSAG – Centro Regionale per la Salute Globale, analizza lo status dei determinanti socioeconomici del gioco d'azzardo a livello regionale.

Nello specifico, le giocate in Umbria mostrano nell'anno 2019 una leggera diminuzione rispetto al 2018, passando da 1.055.354.387,30€ del 2018 a 1.032.209.582,26€ del 2019. Nel 2020, il dato parziale umbro è pressoché stabile, a 1.010.199.233€.

Per quanto riguarda le giocate pro-capite in tutti i tipi di gioco, la media regionale nel 2019 è 1.170 €; le cifre più elevate sono quelle dei territori del Perugino, Terni, Alto Tevere e Alto Chiascio, mentre i livelli più bassi di giocate si registrano nelle Zone di Narni Amelia, Trasimeno e Media Valle del Tevere.

Considerando gli importi suddivisi per tipologia di gioco, le giocate maggiori si concentrano in EGM, seguite dalle lotterie istantanee che spesso si configurano come alternative di gioco in assenza di EGM.

In Umbria nel 2019 si registra una leggera flessione delle giocate in EGM, apparecchi elettronici da gioco, mentre gli altri tipi di gioco mostrano una certa stabilità o una tendenza all'aumento nelle giocate.

Considerando, inoltre, i dati relativi ai soggetti autorizzati RIES, ovvero i soggetti autorizzati alla gestione di apparecchi e terminali elettronici da gioco dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, si è assistito nell'anno 2019 ad una riduzione di tali esercizi sul territorio regionale, che sono passati da un totale 1.397 nel 2016 a 1.192 alla data del 18/02/2020.

Si noti che, tra le diverse tipologie di esercizi, la riduzione risulta a carico soprattutto di soggetti come bar o esercizio assimilabile (da 882 nel 2017 a 826 nel 2020) e rivendita tabacchi e/o ricevitoria lotto (da 186 nel 2017, a 164 nel 2020), che rappresentano le tipologie di esercizio più diffuso ed anche accessibile ad ogni persona.

La diminuzione dell'offerta, come noto dalla letteratura, rappresenta il primo deterrente per il gioco tramite EGM e non solo. Nel lavoro di analisi presentato e realizzato dal CERSAG è dimostrata la relazione positiva esistente tra numero dei soggetti RIES e importo delle giocate, confermando quanto emerso dalla letteratura per cui maggiori sono le opportunità di gioco presenti su un territorio e maggiore è l'importo delle giocate stesse (Figura 8.4).

Si evidenzia anche una correlazione positiva tra giocate totali e reddito, per cui le giocate sono maggiori nelle zone a più alto reddito, confermando quanto affermato dalla letteratura. Ci sono alcune eccezioni però, come, la Valnerina e l'Alto Chiascio che mostrano i livelli più bassi di reddito ma hanno anche dei valori elevati nelle giocate.

In tal senso è importante ricordare il maggior rischio di esposizione al gioco per le fasce di popolazione meno abbienti, più soggette ad un aumento del rischio per il disturbo da gioco. Infatti, i gruppi a più alto reddito confermano tassi più elevati di partecipazione al gioco, ma va tenuto a mente che le conseguenze negative del gioco sono maggiori per i gruppi a basso reddito.

### Percezione della conoscenza dei Servizi Sanitari

Lo studio GAPS (Gambling Adult Population Survey) Umbria 2019 del CNR presenta una sezione in cui viene indagata la conoscenza e la percezione dei Servizi Sanitari da parte della popolazione umbra di 18-84 anni. Nello specifico, il 43% dei rispondenti riferisce di essere “per niente/poco” informato sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari. In particolar modo la scarsa informazione si osserva tra i maschi (48% vs. 39% delle femmine) e aumenta progressivamente passando dalle fasce di età più anziane alle più giovani, con valori che vanno dal 36% dei 65-84enni al 55% dei 18-24enni. Il 48% e il 9% dei rispondenti ritengono di avere rispettivamente “abbastanza” e “molte” informazioni riguardo l’accesso ai Servizi Sanitari, soprattutto tra le donne e nelle fasce maggiori di età. Stringendo il focus sui Servizi Sanitari per le dipendenze patologiche (SerD), il livello di informazione sembra diminuire, soprattutto tra i rispondenti di genere maschile e più giovani. Il 71% degli uomini e il 68% delle donne si dicono “per nulla/poco” informati sui Servizi Sanitari per le Dipendenze (dato totale 69%). Il 21% dei 18-24enni riferisce di essere “abbastanza/molto” informato rispetto al 24% dei 25-44enni e al 29% dei 45-64enni. I più informati continuano a essere i soggetti appartenenti alla fascia di età maggiore: il 41% dei 65-84enni si dice “abbastanza/molto” informato relativamente all'accesso a queste tipologie di Servizi.

## Capitolo 5 – L'ambiente

Fonti dei dati: ARPA Umbria, dati Dipartimenti Prevenzione Aziendali su rilevazione MCA

L'attenzione del mondo scientifico, e più estesamente degli addetti ai lavori che si occupano di sanità pubblica, risulta sempre più frequentemente rivolta ad esplorare il nesso intercorrente tra le condizioni ambientali, le modificazioni del clima e la loro ricaduta sullo stato di salute della popolazione. L'ambiente, in altre parole, alla pari di altri fattori più direttamente connessi agli stili di vita delle persone, è, considerato un importante determinante della salute anche se la correlazione, quella dell'esposizione delle persone alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti, non è sempre semplice da cogliere sia per la molteplicità delle situazioni locali che per l'alto numero di fattori che concorrono a determinare, con sufficiente certezza, il rischio e la pericolosità per la salute umana.

I trasporti e il riscaldamento domestico sono responsabili di inquinanti di interesse tossicologico che destano molta preoccupazione in termini di impatto sanitario a causa dell'elevato numero di persone esposte, in ambito urbano ed extraurbano. Inoltre, le emissioni di tipo industriale contribuiscono a peggiorare ulteriormente la qualità dell'aria, prevalentemente nelle aree periferiche.

L'esposizione all'inquinamento atmosferico *indoor e outdoor* - e in particolare al materiale particolare PM (PM<sub>10</sub>, PM<sub>2,5</sub>), agli ossidi di azoto (NO e NO<sub>2</sub>), nonché all'ozono (O<sub>3</sub>) – è in grado di determinare un insieme di effetti avversi sulla salute delle persone esposte già ampiamente descritti nella letteratura scientifica accreditata.

### Qualità dell'aria

Nella nostra regione è pienamente funzionante una rete di monitoraggio della qualità dell'aria composta da 25 stazioni di rilevazione collocate sia nei principali agglomerati urbani (Perugia, Terni, Foligno, Città di Castello, Gubbio, Orvieto, Spoleto, Narni), che nei pressi delle aree ad elevata concentrazione di stabilimenti industriali (Acciaierie Speciali di Terni, cementifici di Gubbio, etc.); dal complesso delle analisi sulle fonti di inquinamento ambientale, con particolare riferimento alla qualità dell'aria, emergono le seguenti considerazioni relative a tutto il territorio regionale:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è il settore dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 2,5 micron (50%) e 10 micron (37%), monossido di carbonio (24%) e, anche se in misura minore, composti organici volatili (12%); la combustione della legna è inoltre la sorgente largamente prevalente per le emissioni degli idrocarburi policiclici aromatici (82-87%);
- il settore del traffico stradale è il settore prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 40%) e monossido di carbonio e gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese e benzene;
- il settore della produzione di cemento ha un ruolo molto importante nelle emissioni di ossidi azoto (26%), è la principale sorgente di emissione di arsenico (35%) ed una importante sorgente di emissione di benzene (14%);
- le centrali termoelettriche hanno un ruolo predominante nelle emissioni di ossidi di zolfo (66%);
- le sorgenti industriali sono complessivamente le principali sorgenti di emissione per i metalli;
- l'acciaieria è la principale sorgente di emissione di cadmio (77%) e nichel (29%) ed una importante sorgente per l'arsenico (15%);
- la produzione di laterizi è una importante fonte di emissione di arsenico (18%);
- il vetro è un importante fonte di emissione di arsenico (11%);
- la combustione nelle caldaie del domestico (28%), industria (15%) e terziario (7%) è la componente principale delle emissioni di nichel.

Specializzando l'analisi sulle tre aree urbane di Perugia-Corciano, Foligno e Terni con riferimento agli inquinanti a rischio di superamento (ossidi azoto e particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron) si ottiene che:

per l'area urbana di Perugia-Corciano

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è il settore dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron (32%);
- il settore dei calcestruzzi contribuisce per il 18% sulle emissioni di PM10 per la presenza di due grandi impianti di produzione;
- il settore del traffico stradale è quello prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 75%) e gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese (18%);

per l'area urbana di Foligno:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron (34%);
- il settore dei calcestruzzi contribuisce al 5% delle emissioni per la presenza di due grandi impianti di produzione;
- il settore del traffico stradale è prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 69%) e gioca un ruolo non trascurabile nelle emissioni di particelle sospese.

per l'area urbana Terni:

- il settore domestico, in particolare con riferimento alla combustione della legna, è dominante per le emissioni di particelle sospese con diametro inferiore a 10 micron (28%);
- non trascurabile è il peso sulle emissioni dell'attività dedicata alla produzione di ferro e acciaio (22%) la quale gioca un ruolo altrettanto rilevante sulle emissioni di ossidi di azoto (23%);
- il settore del traffico stradale è prevalente per le emissioni di ossidi di azoto (circa il 42%).

Attualmente è in corso una procedura di aggiornamento e integrazione del Piano Regionale per la Qualità dell'Aria (PRQA) attivata sulla base degli esiti del monitoraggio delle concentrazioni degli inquinanti sul territorio regionale e tenendo conto dell'inventario regionale delle emissioni aggiornato al 2015 nonché degli specifici studi di caratterizzazione delle polveri elaborati da ARPA Umbria.

### ***Qualità delle acque destinate al consumo umano***

Al fine di garantire che le acque destinate al consumo umano soddisfino i requisiti la norma vigente prevede che per la verifica della qualità dell'acqua siano effettuati controlli interni da parte del Gestore e controlli esterni da parte della ASL.

Con DGR n. 276 del 16/04/2020, è stato adottato il "Programma Regionale di Controllo per la tutela della salute della popolazione relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano in attuazione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 15 febbraio 2016, n. 28 e nel decreto del Ministro della salute 2 agosto 2017.

Al fine di rendere pubblici i dati relativi alla qualità delle acque destinate al consumo umano è disponibile uno specifico sito internet, denominato "L'Acquachebevo" promosso dalla Regione Umbria e realizzato dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale in collaborazione con le Aziende Sanitarie umbre e i Gestori dei servizi idrici, sul quale è possibile reperire i risultati dei controlli e ogni informazione sulle acque potabili erogate in Umbria dalla rete di acquedotti pubblici.

### ***Qualità delle acque di balneazione***

In Umbria sono individuate 21 aree balneabili, delle quali 15 localizzate nel lago Trasimeno, 5 nel lago di Piediluco e 1 nel laghetto artificiale Chico Mendes, situato nel comune di Terni.

Durante la stagione balneare (1 maggio - 30 settembre), tutte le acque di balneazione **vengono monitorate** per la rilevazione mensile dei parametri *Escherichia coli* ed *Enterococchi intestinali*, individuati come significativi ai fini della determinazione dei fenomeni di contaminazione microbiologica delle acque. Obiettivo del monitoraggio è quello di valutare la qualità igienico-sanitaria al fine di garantirne l'uso per scopi ricreativi, in base ai criteri di conformità riportati di seguito (tab. 31).

Tab. 31 - Criteri per la determinazione della conformità delle acque di balneazione

Parametri	Valori limite
Enterococchi intestinali	500 n <sup>**</sup> /100 ml
Escherichia coli	1000 n <sup>**</sup> /100 ml

(\*\*)n = UFC per EN ISO 9308-1 (*E. coli*) e EN ISO 7899-2 (Enterococchi) o MPN per EN ISO 9308-3 (*E. coli*) e EN ISO 7899-1 (Enterococchi)

I controlli analitici effettuati negli ultimi dieci anni da ARPA Umbria fanno registrare una qualità delle acque di balneazione classificata "Eccellente". Nel Lago Trasimeno, interessato da fenomeni di proliferazione algale particolarmente intensa nel mese di agosto di ogni anno, viene effettuato anche un Programma di sorveglianza, finalizzato all'individuazione tempestiva dei rischi per la salute dei bagnanti derivanti da proliferazione cianobatterica, ai sensi dell'art. 11 del D.lgs. 116/08.

### **Prevenzione, controllo sanitario e bonifica dell'amianto**

Nella nostra regione, negli anni 2009-2011, è stato effettuato un censimento teso al monitoraggio dei siti, pubblici e privati, in cui erano presenti, in varia forma, materiali contenenti amianto (MCA). Sulla base di tale rilevazione, per i siti pubblici (due edifici che ospitavano scuole pubbliche), è stato avviato e portato a termine il processo di bonifica attraverso la rimozione e lo smaltimento dei MCA mentre per i siti privati si è dato avvio ad una campagna di informazione e sensibilizzazione dei proprietari di manufatti contenenti MCA.

Anche sulla base delle sollecitazioni di cui sopra, negli ultimi dieci anni, è continuata l'opera di rimozione e smaltimento dei MCA presenti nei manufatti privati; a tal proposito, solamente negli ultimi tre anni risulta che, sulla base dei dati dichiarati dalle Ditte specializzate pervenuti al Servizio Prevenzione (complessivamente n. 119 dichiarazioni), sono stati bonificati n. 234 siti dai quali è stato rimosso un quantitativo di MCA pari a 5.539 tonnellate. Contemporaneamente nell'ultimo quinquennio i competenti Servizi sanitari hanno raccolto ed esaminato complessivamente n. 2.176 pratiche distinte in piani di lavoro per la bonifica amianto (ex art. 256 punto 2 D.Lgs. 81/08) e notifiche (ex art. 250 D. Lgs. 81/08) di rimozione e smaltimento, mentre, nello stesso periodo, sono stati complessivamente 1.421 i cantieri ispezionati per amianto.

Particolare attenzione è stata posta nel controllo sanitario dei lavoratori esposti ad amianto; nel corso dell'ultimo quinquennio è proseguita l'attività di sorveglianza medica ed epidemiologica sui lavoratori ex esposti ad amianto attraverso la realizzazione da parte dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione di n. 223 interventi.

## Capitolo 6 – I programmi di popolazione

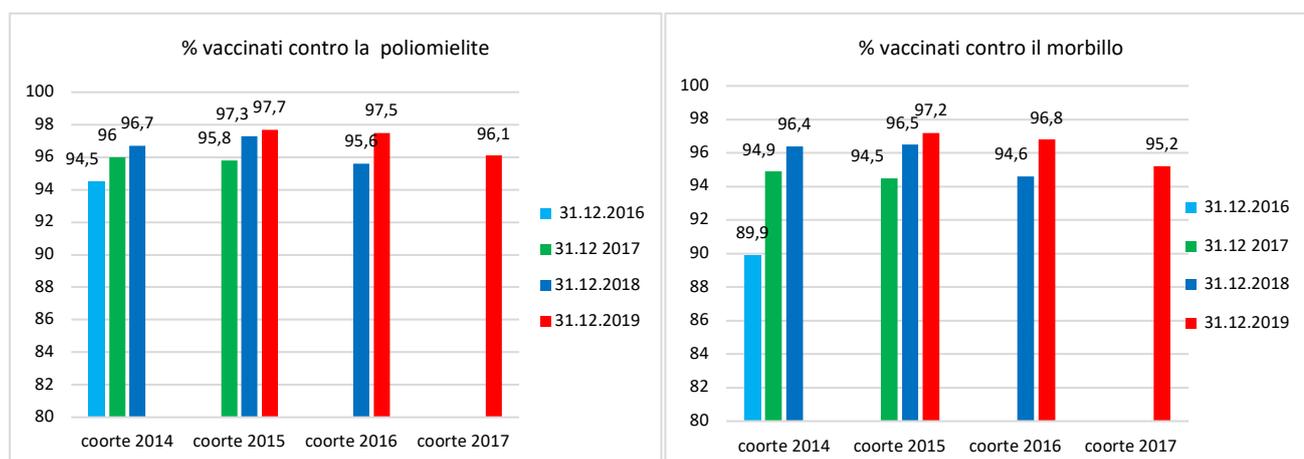
Fonti dei dati: anagrafe regionale vaccinazioni, sistema informativo screening, PASSI, PDA, MeS

### Vaccinazioni

Relativamente alle attività di prevenzione vaccinale, va innanzitutto ricordato l'Umbria ha sempre registrato, nel corso degli ultimi anni, coperture vaccinali al di sopra della media nazionale, grazie ad una continua valutazione della qualità del servizio offerto.

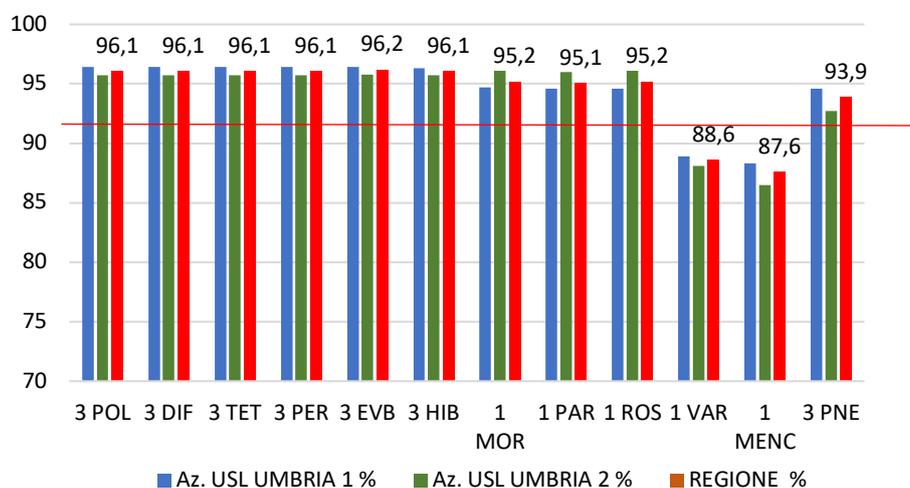
In figura 72 si riportano i dati di copertura registrati annualmente (al 31 dicembre del periodo 2016 - 2019, per i nati dal 2014 al 2017) nonché gli incrementi, relativi al vaccino antipolio contenuto nella vaccinazione esavalente e per quello contro il morbillo: per quest'ultimo si è avuto l'incremento maggiore e, comunque, tutti i nati dal 2014 al 2017 sono coperti per più del 95%

Fig. 72 - Incremento delle coperture vaccinali a 24 mesi, nei confronti della poliomielite (III dose) e del morbillo (I dose) dopo l'introduzione dell'obbligo



Le coperture vaccinali a 24 mesi, rilevate al 31.12.2019 sono state, per le vaccinazioni "obbligatorie", tutte superiori al 95%, con lievi differenze a livello territoriale (fig. 73).

Fig. 73 - Coperture vaccinali a 24 mesi rilevate al 31.12.2019



Per rendere più agevole la trasmissione dei dati all'Anagrafe Nazionale Vaccini e per acquisire ulteriori funzioni utili al governo del processo vaccinale nel suo insieme (appuntamenti, registrazione, produzione di report per la valutazione delle attività, ecc.) è stata quindi allineata l'anagrafe vaccinale con quella sanitaria, ed è stato quindi acquisito, in riuso, un nuovo sistema gestionale al quale verrà data la possibilità di accesso anche a MMG e PLS.

Il Sistema è stato quindi utilizzato immediatamente per la gestione delle vaccinazioni anti CoV-Sars-2.

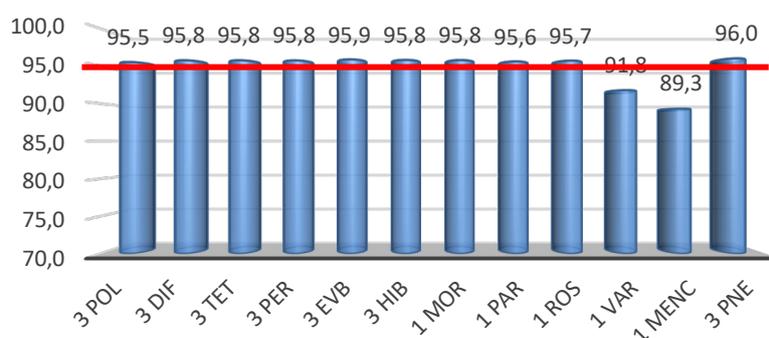
### **Vaccinazioni e pandemia**

Con il verificarsi della pandemia da Sars-CoV-2, all'interno delle indicazioni contenute nel "Piano Gestione Attività territoriali Emergenza Coronavirus" è stata rimodulata l'attività dei Servizi vaccinali, garantendo inizialmente il mantenimento della chiamata attiva per le vaccinazioni essenziali (Esavalente + 1 Prevenar + 1 Rotavirus, 2 Esavalente + 2 Prevenar + 2 Rotavirus, 1 – 2 e 3 MENB, MPRV + MENC, MEN4 C nella coorte degli undicenni). Erano state invece sospese nella prima fase le chiamate per 3 ESAVALENTE + 3 PREVENAR, 4 MENB, 4 DTPP e 2 MPR(V), MEN4 C nella coorte dei diciottenni, 5 DTPP, 6 DTP, ANTIPAPILLOMAVIRUS ai dodicenni.

Successivamente, per evitare che una prolungata riduzione delle vaccinazioni potesse provocare un aumento di suscettibili e un maggior rischio di diffusione di malattie infettive prevenibili con vaccino, è stato necessario riprogrammare l'attività dei servizi vaccinali, alla luce dello scenario epidemiologico connesso all'epidemia di Sars-CoV2 e, a partire dalla seconda metà di giugno 2020 (prima con DGR n. 374 del 13/05/2020 "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2" e quindi con DGR n. 467 del 10/06/2020 "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3") sono state date disposizioni riguardo alla ripresa di diverse attività sanitarie, tra le quali anche quelle relative alle vaccinazioni.

Ogni azienda Sanitaria ha pertanto elaborato un piano d'azione ad hoc per il recupero delle dosi di vaccini non somministrate a causa della emergenza epidemica, prevedendo gli inviti vaccinali per il recupero delle dosi di vaccino non somministrate nel periodo interessato alla sospensione e il piano di recupero impostato dalle Aziende territoriali ha permesso il riallineamento quasi totale dei target di copertura dell'anno 2020, come evidenziato in figura 74.

Fig. 74 - Coperture vaccinali a 24 mesi rilevate al 31.12.2020 e aggiornate al 15.06.2021



### **Vaccinazione contro l'HPV**

Anche i dati di copertura per HPV, aggiornati al 15.06.21, comprensivi dei recuperi delle somministrazioni non eseguite nel 2020, evidenziano come, sia per le femmine che per i maschi, sebbene si registri una flessione di circa tre punti percentuali, si avvicinino molto a quelle registrate per la coorte precedente e, presumibilmente, siano ancora sopra la media del Paese (tabb. 32, 33 e 34).

Tab. 32 - Coperture vaccinali per HPV al 15.06.2021 nella coorte dei nati nel 2008. Umbria

Coperture % HPV al 15.06.2021	Popolazione Target	I dose	II dose
Coorte 2008 (F)	4026	78,37	66,32
Coorte 2008 (M)	4159	69,63	58,11

Tab. 33 - Coperture vaccinali per HPV in Italia al 31.12.2019 nella coorte dei nati nel 2007 - Femmine  
Dati pubblicati dal Ministero della Salute

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	19103	78,70	68,68
Valle d'Aosta	585	76,75	50,77
Lombardia	48152		39,14
Prov. Aut. Bolzano	2705	50,54	26,03
Prv. Aut. Trento	2647	72,80	60,45
Veneto	23153	52,29	30,57
Friuli-Venezia Giulia	5031	45,54	17,31
Liguria	6047	65,98	48,83
Emilia-Romagna	20233	79,79	60,72
Toscana	15891	74,15	59,69
Umbria	3961	81,19	72,36
Marche	6930	55,56	37,62
Lazio	26683	52,15	28,79
Abruzzo	5672	48,43	30,77
Molise	1263	68,80	48,46
Campania	29861	50,95	33,58
Puglia	18274	75,20	56,46
Basilicata	2298	70,89	51,61
Calabria	8365	57,29	39,90
Sicilia	25512	43,90	25,89
Sardegna	6460	47,38	27,43
<b>Italia</b>	<b>278826</b>	<b>49,97</b>	<b>41,60</b>

Tab. 34 - Coperture vaccinali per HPV in Italia al 31.12.2019 nella coorte dei nati nel 2007 - Maschi  
Dati pubblicati dal Ministero della Salute

Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo
Piemonte	20317	65,55	56,25
Valle d'Aosta	632	68,67	45,73
Lombardia	51344		32,33
Prov. Aut. Bolzano	3077	43,06	20,77
Prov. Aut. Trento	2739	66,81	55,64
Veneto	24261	48,67	28,30
Friuli-Venezia Giulia	5179	43,60	16,30
Liguria	6487	52,80	31,49
Emilia-Romagna	21752	74,02	54,57
Toscana	17168	59,19	43,84
Umbria	4203	72,66	62,96
Marche	6333	53,53	30,25
Lazio	28622	30,42	15,01
Abruzzo	5915	35,33	22,25
Molise	1343	51,60	38,12
Campania	31215	24,26	14,00
Puglia	19597	67,81	48,72
Basilicata	2488	62,14	42,81
Calabria	8626	41,83	30,61
Sicilia	25180	29,87	20,27
Sardegna	6782	36,46	22,80
<b>Italia</b>	<b>293260</b>	<b>39,08</b>	<b>32,25</b>

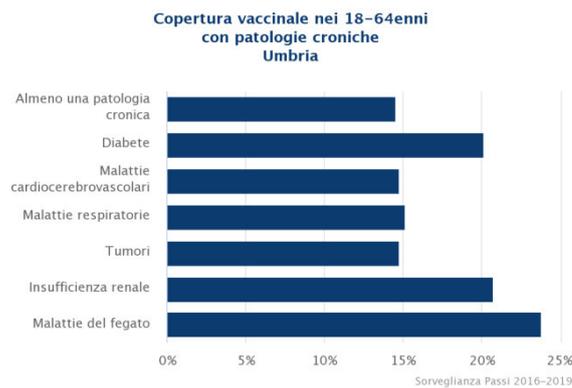
Preso atto del riavvio delle attività routinarie dei servizi vaccinali è stata data indicazione alle Aziende USL (DGR 531/2021) di predisporre, entro l'ultimo semestre del 2021, quanto necessario per dare piena attuazione al Piano Vaccini Nazionale e, quindi, per avviare:

- l'offerta attiva e gratuita, con invito alla somministrazione, per la vaccinazione contro l'Herpes Zoster alla coorte dei 65enni (partendo dalla coorte 1956 nel 2021) e nelle categorie a rischio previste dal PNPV, mantenendo la gratuità per le coorti degli aventi diritto per le quali è stata comunque già offerta gratuitamente, su richiesta, dopo il recepimento del PNPV
- l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti HPV alle ragazze di 25 anni, non vaccinate in precedenza, in occasione della prima chiamata per lo screening del tumore del collo dell'utero;
- l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti HPV alle donne con storia documentata di lesioni da HPV recentemente trattate, in tutte le occasioni utili di contatto con il servizio sanitario regionale, fino all'età di 64 anni.

### Vaccinazione antinfluenzale

I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019 evidenziano che il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra gli adulti di **18-64 anni** non è molto frequente: appena il 6% degli umbri in questa fascia di età risulta essersi vaccinato. In particolare circa il 5% risulta vaccinarsi prima dei 50 anni di età.

L'Umbria, per il periodo considerato, mostra valori di copertura vaccinale più bassi rispetto alla media italiana e, come il resto d'Italia, mostra nel corso degli anni una riduzione del ricorso alla vaccinazione antinfluenzale.



Anche fra le persone affette da patologie croniche, il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale, malgrado venga raccomandato, è molto lontano dall'atteso: meno di 1/6 delle persone fra i 18 e i 64 anni affette da patologia cronica (malattia cardiovascolare, diabete, insufficienza renale, malattia respiratoria cronica, tumore, malattia cronica del fegato) hanno fatto ricorso alla vaccinazione contro l'influenza. Anche in questo

Copertura vaccinale nei 18-64enni per regione di residenza  
Passi 2016-2019



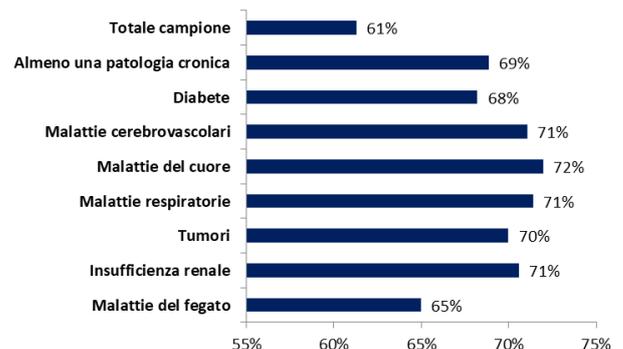
gruppo di persone più vulnerabile il ricorso alla vaccinazione è andato riducendosi nel corso degli anni.

Tra i diabetici (20%) e coloro che riferiscono malattie del fegato (24%) il ricorso alla vaccinazione è più frequente rispetto a quanto si osserva fra le persone affette da altre patologie croniche.

Tra gli **ultra 64enni** umbri il ricorso alla vaccinazione antiinfluenzale è maggiore, anche se inferiore all'indicazione di copertura raccomandata (75%): solo il 61% riferisce infatti di essersi vaccinato. La percentuale è comunque superiore rispetto al dato medio nazionale.

La vaccinazione è particolarmente importante nelle persone affette da alcune patologie croniche (come le patologie dell'apparato respiratorio, e dell'apparato cardio-vascolare, il diabete, l'insufficienza renale e i tumori) patologie peraltro piuttosto frequenti in età anziana. Il 69% degli anziani intervistati che ha riferito la diagnosi di almeno una fra queste patologie ha effettuato la vaccinazione; il ricorso alla vaccinazione è stato più alto tra coloro che sono affetti da una malattia respiratoria cronica, tra i cardiopatici, tra coloro che hanno avuto un episodio di ictus, tra le persone con tumori o malattie croniche del fegato, tra i diabetici, mentre è stato più basso fra le persone con insufficienza renale.

**Copertura vaccinale negli ultra 64enni con patologie croniche – Umbria 2016-19**



Il 79% degli anziani intervistati riferisce di aver ricevuto il consiglio a vaccinarsi dal proprio medico di famiglia.

Nell'attuale contesto epidemiologico la vaccinazione antinfluenzale ha assunto una indubbia rilevanza; infatti i risultati ottenuti nella campagna vaccinale 2020-2021, confrontati con quelli del resto del Paese, e relativi alle dosi somministrate e alle coperture raggiunte, sono decisamente migliori di quelli del periodo precedente con **coperture negli anziani e nel complesso della popolazione decisamente superiori alla media nazionale** (dati pubblicati dal Ministero della Salute), anche se ancora sono migliorabili le coperture nelle fasce di età più giovani (tabb. 35 e 36).

Tab. 35 - Vaccinazione antinfluenzale 2020-2021. Dosi vaccinali per Regione

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totale
PIEMONTE	1091	3454	4649	5428	1925	46944	178397	693449	935.337
VALLE D'AOSTA	104	387	399	217	62	1259	4963	15880	23.271
LOMBARDIA	7588	52669	54702	43447	10309	102785	270730	1388892	1.931.122
PA BOLZANO	111	329	488	504	201	4622	12369	43832	62.456
PA TRENTO	2392	4405	3530	1570	623	18974	33790	81109	146.393
VENETO	6763	17816	16662	10377	6822	67825	241270	681009	1.048.544
FRIULI	2380	6270	4522	1651	660	18095	62779	212883	309.240
LIGURIA	2635	15593	8499	3586	2026	40770	101815	297075	471.999
EMILIA ROMAGNA	1575	6613	9076	9727	4311	96592	274383	756950	1.159.227
TOSCANA	7515	21755	20966	24054	6305	91058	238037	623653	1.033.343
UMBRIA	791	2079	1862	1701	502	10996	39504	175330	232.765
MARCHE	1765	7437	7497	2307	1410	36107	86600	248129	391.252
LAZIO	12411	35303	30977	23288	7756	166714	420554	873901	1.570.904
ABRUZZO	730	2480	2518	1928	1222	17092	1764	202870	230.604
MOLISE	232	1120	1014	557	174	3303	12701	47386	66.487
CAMPANIA	12624	31144	41301	21297	10019	76520	311985	738747	1.243.637
PUGLIA	6478	26824	32027	31037	7476	101241	248926	550644	1.004.653
BASILICATA	254	2055	3255	2596	1592	5244	14989	73868	103.853
CALABRIA	1266	8304	6048	2267	1287	19332	67421	335446	441.371
SICILIA	5373	10589	8494	9358	9912	103643	332806	802467	1.282.642
SARDEGNA	1059	2615	5372	3268	1642	31597	89611	243333	378.497
<b>Totale</b>	<b>75.137</b>	<b>259.241</b>	<b>263.858</b>	<b>200.165</b>	<b>76.236</b>	<b>1.060.713</b>	<b>3.045.394</b>	<b>9.086.853</b>	<b>14.067.597</b>

Dati aggiornati al 24.7.2021

Tab. 36 - Vaccinazione antinfluenzale 2020-2021. Coperture vaccinali per 100 abitanti

Regione	6_23_mesi	2_4_anni	5_8_anni	9_14_anni	15_17_anni	18_44_anni	45_64_anni	65_anni	Totale
PIEMONTE	2,0	3,8	3,4	2,4	1,7	3,9	13,5	62,4	21,9
VALLE D'AOSTA	6,5	14,2	9,6	3,0	1,8	3,6	12,6	52,6	18,8
LOMBARDIA	5,3	22,1	15,5	7,4	3,6	3,4	8,8	60,6	19,4
PA BOLZANO	1,1	2,0	2,2	1,5	1,2	2,7	7,9	41,1	11,7
PA TRENTO	28,7	31,9	17,4	4,8	3,7	11,5	20,6	65,9	26,9
VENETO	10,2	16,1	10,1	3,7	4,9	4,8	15,8	59,6	21,6
FRIULI	15,9	25,3	12,1	2,6	2,1	5,5	16,7	66,5	25,8
LIGURIA	15,1	54,4	19,4	4,9	5,4	10,3	21,4	68,4	31,3
EMILIA ROMAGNA	2,6	6,5	6,0	3,9	3,6	7,4	19,9	70,1	26,1
TOSCANA	16,4	27,9	17,8	12,1	6,4	8,7	21,0	65,5	28,2
UMBRIA	7,3	11,5	6,7	3,6	2,1	4,4	15,1	77,4	26,9
MARCHE	9,2	23,0	15,2	2,8	3,4	8,2	19,0	65,0	26,1
LAZIO	16,2	26,5	15,4	7,1	4,8	9,6	23,4	67,7	27,5
ABRUZZO	4,4	8,8	6,0	2,8	3,5	4,4	0,4	64,1	17,9
MOLISE	6,5	18,9	11,7	3,9	2,3	3,7	14,1	62,3	22,4
CAMPANIA	13,9	21,4	20,0	6,0	5,3	4,0	18,7	66,1	21,9
PUGLIA	12,1	30,3	24,5	14,0	6,2	8,1	21,3	61,1	25,6
BASILICATA	3,6	17,9	19,8	9,2	10,3	3,1	9,0	56,4	19,0
CALABRIA	4,5	18,2	9,4	2,2	2,3	3,2	12,3	79,0	23,5
SICILIA	7,2	8,8	5,0	3,3	6,6	6,6	23,5	75,3	26,5
SARDEGNA	6,2	8,8	11,7	4,1	4,1	6,7	17,4	61,0	23,7
<b>Totale</b>	<b>9,2</b>	<b>19,0</b>	<b>13,1</b>	<b>6,0</b>	<b>4,5</b>	<b>5,9</b>	<b>16,8</b>	<b>65,3</b>	<b>23,7</b>

Dati aggiornati al 24.7.2021

Tab. 37 - Sintesi coperture vaccinali stagione 2019/2020- 2020/2021. Umbria

	Vaccinati 6 mesi-64 anni	% copertura 6 mesi-64 anni	Vaccinati ≥ 65anni	% copertura ≥ 65anni
Anno 2019/20	29710	4,5	145298	64
Anno 2020/21	57438	7,2	175330	77,4

Regione	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21
Piemonte	51,6	51,1	46,3	46,9	48,2	47,9	49,0	51,0	62,4
Valle d'Aosta	47,0	48,2	43,3	42,2	44,4	44,1	45,2	45,4	52,6
Lombardia	48,2	48,6	46,3	47,7	47,5	47,7	48,2	49,9	60,6
P.A. Bolzano	35,8	33,9	36,6	37,8	37,3	35,3	38,3	32,5	41,1
P. A. Trento	56,3	55,8	51,9	50,2	53,2	53,5	54,8	55,2	65,9
Veneto	58,9	58,5	53,4	54,0	55,8	55,1	55,6	53,9	59,6
Friuli Venezia Giulia	55,2	56,1	49,0	51,1	54,1	55,7	57,7	60,7	66,5
Liguria	41,6	50,4	46,6	45,7	47,3	50,1	50,1	53,0	68,4
Emilia Romagna	56,3	57,2	50,0	51,9	52,7	53,3	54,7	57,4	70,1
Toscana	58,9	60,2	49,9	52,2	54,8	55,3	56,0	56,4	65,5
Umbria	67,9	68,8	61,8	62,8	63,1	63,4	64,8	64,3	77,4
Marche	54,9	57,5	46,2	50,1	51,0	50,0	51,6	56,9	65,0
Lazio	56,8	56,8	49,5	51,0	51,5	51,8	52,3	52,7	67,7
Abruzzo	50,3	54,6	38,5	45,7	48,6	49,1	52,4	55,3	64,1
Molise	49,4	59,5	49,0	43,8	52,4	61,0	61,7	65,4	62,3
Campania	61,4	61,3	52,9	52,8	56,7	57,4	60,3	62,1	66,1
Puglia	57,2	61,0	48,6	50,8	57,4	59,4	51,4	51,4	61,1
Basilicata	58,6	58,0	45,6	47,9	49,8	53,2	66,6	60,7	56,4
Calabria	49,8	56,5	53,3	51,7	57,9	61,2	59,8	61,8	79,0
Sicilia	54,0	56,5	47,4	49,5	52,9	54,3	53,0	59,4	75,3
Sardegna	47,3	46,0	40,6	40,0	41,6	44,0	46,5	46,2	61,0
Italia	54,2	55,4	48,6	49,9	52,0	52,7	53,1	54,6	65,3

### Vaccinazione antirosolia

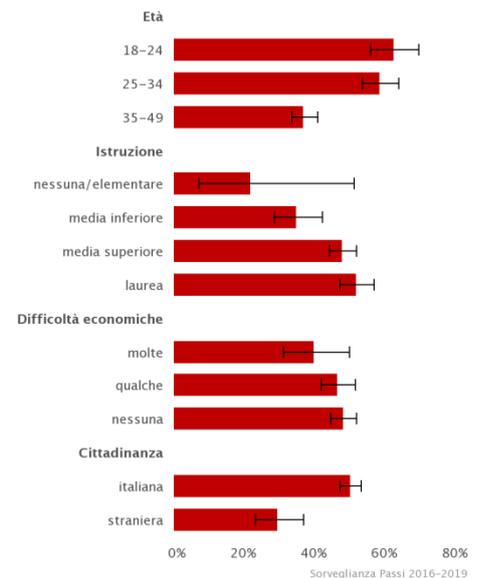
Dalle informazioni raccolte emerge in Umbria, come in Italia, la scarsa consapevolezza fra le donne in età fertile del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. La quota di donne certamente suscettibili alla rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (2%), tuttavia un numero piuttosto alto, quasi 4 donne su 10, non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale, il 47% delle donne dichiara di essere stata vaccinata contro la rosolia. La percentuale di donne vaccinate è significativamente maggiore tra le più giovani: è massima (63%) nella classe di età 18-24 (grazie al recupero straordinario previsto dal Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia, con l'offerta della vaccinazione nell'adolescenza) mentre nelle generazioni successive la percentuale di vaccinate diminuisce gradualmente (59% tra le 25-34enni e 37% tra le 35-49enni).

Inoltre, le vaccinate sono più frequenti tra le donne con un alto livello di istruzione, con minori difficoltà economiche e con cittadinanza italiana (50% vs 30% fra le donne straniere).

### Vaccinazione antirosolia e caratteristiche socioanagrafiche – Umbria

Totale: 47,0% (IC95%: 44,3-49,7%)



## Screening oncologici

L'attivazione di programmi di screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, definiti sulla base di criteri di efficacia e qualità del percorso offerto, è sostenuta sia a livello nazionale che internazionale, poiché questi programmi si sono dimostrati efficaci nel ridurre la mortalità per specifico tumore.

Lo screening, in alcuni casi, riesce a evitare l'insorgenza del tumore o comunque consente, grazie alla diagnosi precoce, di ricorrere a interventi chirurgici e terapie meno aggressive, a notevole beneficio della qualità di vita dei pazienti.

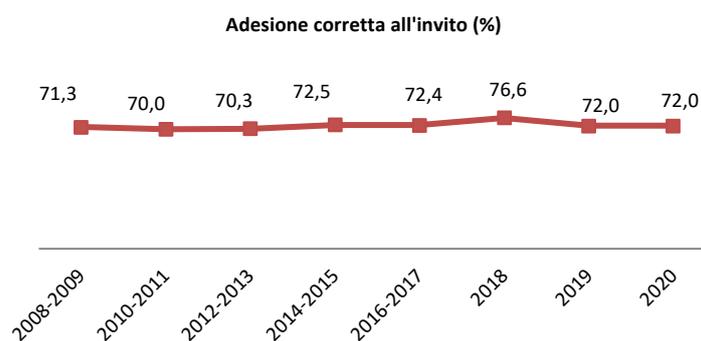
### Screening mammografico

Il programma di screening mammografico è stato avviato in Umbria nel periodo 1998-2000 e ha una popolazione bersaglio pari a circa 142.000 donne tra i 50 e i 74 anni.

Secondo i dati sistema informativo regionale per gli screening la partecipazione (corretta per inviti inesitati ed esclusioni dopo invito) allo screening mammografico nel 2019 è stata pari al 72% (senza differenze tra le due Aziende USL), sopra la media italiana (55%), con valori abbondantemente sopra lo standard giudicato accettabile (60%) dal Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa) e con un trend sostanzialmente stabile.

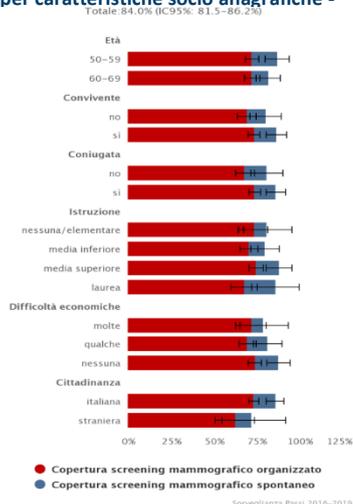
Nel 2020, la partecipazione alla mammografia di screening è stata pari al 72%, con un trend stabile nonostante l'impatto che l'epidemia da Covid-19 ha avuto anche sull'organizzazione dei programmi di screening (fig. 75).

Fig. 75 - Adesione screening per la prevenzione del tumore della mammella (%)



Nel 2020 si registra anche un allungamento dei tempi di attesa per l'approfondimento; il 74% delle donne richiamate per dubbio mammografico ha effettuato l'approfondimento entro 1 mese nel 2020 a fronte del 100% nel 2019.

### Copertura screening mammografico per caratteristiche socio anagrafiche -



### I dati PASSI

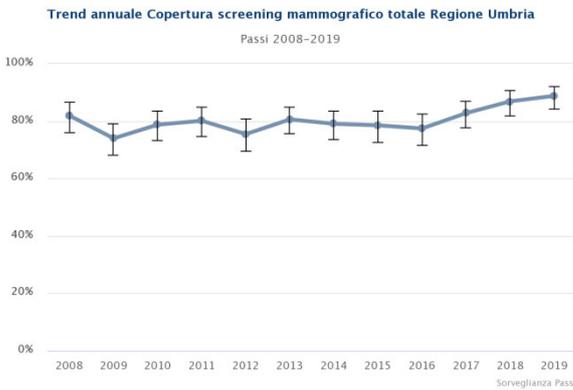
I dati PASSI riferiti al periodo 2016-2019 confermano che in Umbria circa 8 donne su 10 fra i 50 e i 69 anni si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico all'interno di programmi organizzati (72%) o per iniziativa personale fuori dai programmi organizzati, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame. Complessivamente la quota di donne che si sottopone allo screening mammografico è maggiore fra le coniugate o conviventi, fra le più istruite e con minori difficoltà economiche, fra le donne di cittadinanza italiana.

Tuttavia, lo screening organizzato riduce le differenze sopra descritte, consentendo una maggiore equità nell'accesso ai programmi di prevenzione.

Nonostante ciò una quota non trascurabile di 50-69enni non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 5 donne su 100 non hanno mai fatto una mammografia e altre 11 su 100 riferiscono di averla

effettuata da oltre due anni. La motivazione più frequentemente addotta per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno (20%) e non aver ricevuto una convocazione (26%).

In Umbria la copertura dello screening mammografico raggiunge valori migliori rispetto alla media italiana, con un comportamento simile alle regioni del Nord Italia. Il confronto tra le due aziende non mostra differenze significative.



A conferma della ormai consolidata presenza dei programmi di screening organizzati nel territorio umbro, la percentuale di donne che si sottopone alla mammografia preventiva mostra nel tempo un andamento stabile, a differenza del dato di pool

Copertura screening mammografico totale per regione di residenza (Passi 2016-2019)



- peggiore del valore nazionale
- simile al valore nazionale
- migliore del valore nazionale

Sorveglianza Passi

nazionale in cui si registra un incremento statisticamente significativo.

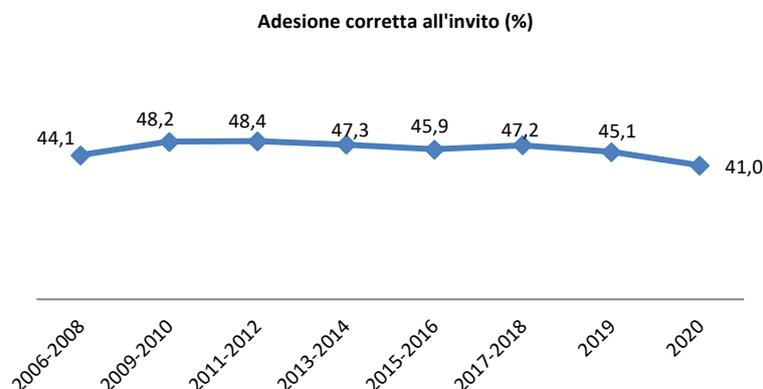
L'efficacia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di input ricevuti dalla donna (lettera di invito a partecipare al programma organizzato dalla Asl, il consiglio di sottoporsi a mammografia da parte del medico/operatore sanitario), ma la combinazione più efficace, che migliora l'adesione allo screening, si conferma anche in Umbria essere l'invito da parte della Asl associato al consiglio del medico/operatore sanitario.

### Screening colorettales

Il programma di screening colorettales è stato avviato in Umbria nel 2006, ha una popolazione bersaglio pari a circa 276.000 persone (donne e uomini) tra i 50 e i 74 anni e invita le donne e gli uomini fra i 50 e i 74 anni ad effettuare a domicilio un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni. L'adesione all'invito nel 2019 è stata pari al 45,1% (46,4 % nella Usl Umbria 1 e 43,5% nella Usl Umbria 2), sopra la media italiana (41%) anche se in lieve calo rispetto al biennio precedente (47,2%) e in linea con lo standard di accettabilità proposto dal Gruppo Italiano per lo Screening Colorettales (GISCoR) per questo indicatore (45%).

L'adesione all'invito nel 2020 ha per questo screening risentito dell'impatto dell'epidemia da Covid-19, con un valore in flessione pari al 41% (fig. 76).

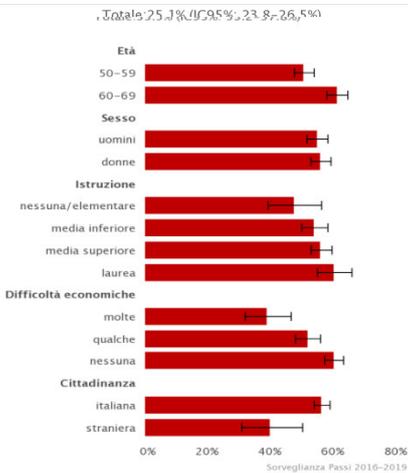
Fig. 76 - Adesione screening per la prevenzione del tumore del colon retto (%)



### I dati PASSI

In Umbria il 48% dei 50-69enni intervistati riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettali a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale - Sof, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni).

#### Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio anagrafiche - Umbria



raggiunte da nessun intervento.

È più frequente che a questo esame si sottopongano i 60-69enni, coloro che riferiscono minori difficoltà economiche e i cittadini italiani.

In Umbria la copertura dello screening colorettale totale (dentro e fuori i programmi organizzati) raggiunge valori migliori rispetto alla media nazionale. Il dato mantiene un andamento sostanzialmente stabile nel tempo.

Il 76% della popolazione target riferisce di essere stato raggiunto da un qualche intervento di promozione dello screening (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa), la cui efficacia cresce all'aumentare del numero di input ricevuti, raggiungendo il massimo con la combinazione di tutti gli interventi. L'adesione allo screening è pressoché nulla per le persone non

Copertura screening colorettale totale per regione di residenza Passi 2016-2019



### **Screening cervicale**

Il programma di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina è stato avviato in Umbria nel periodo 1999-2000. Attualmente è stata completata la fase di transizione dal Pap-test al test HPV primario a intervallo quinquennale per le donne in fascia d'età 30-64 anni; pertanto viene offerto il Pap-test ogni tre anni alle donne tra 25 e 29 anni e il test HPV (per la ricerca del Papilloma Virus Umano) ogni 5 anni alle donne tra i 30 e i 64 anni.

La popolazione bersaglio complessiva è pari circa a 238.600 donne tra i 25 e i 64 anni (21.000 tra i 25 e i 29 anni, 217.600 tra i 30 e i 64 anni).

Nel 2019 hanno aderito il 76% delle donne invitate (76,6% nella Usl Umbria 1 e 75,3% nella Usl Umbria 2) con un trend in ripresa rispetto al periodo di transizione, nel quale comunque l'adesione all'invito ha riportato valori sopra la media italiana (40%).

Nel 2020 l'adesione all'invito anche per questo screening è stata pari al 70% delle donne invitate, in lieve flessione probabilmente per l'impatto dell'epidemia (fig. 77).

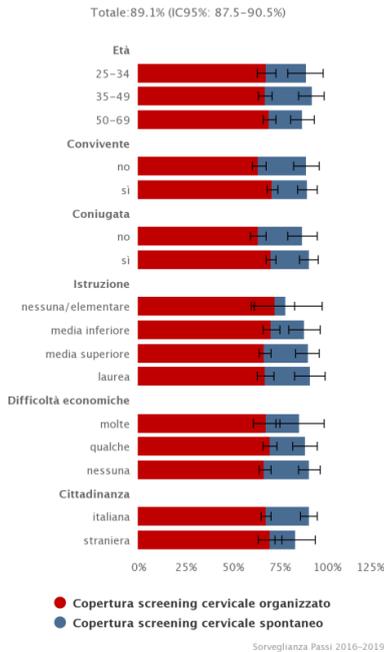
Fig. 77 - Adesione screening del tumore della cervice uterina (%)



## I dati PASSI

In Umbria oltre 8 donne su 10, fra i 25 e i 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening del tumore della cervice uterina (Pap-test o Hpv test secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali) all'interno di programmi organizzati (68%) o per iniziativa personale (21%) fuori dai programmi organizzati, sostenendo del tutto o in parte il costo dell'esame.

### Copertura screening cervicale per caratteristiche socioanagrafiche - Umbria



Complessivamente la quota di donne che si sottopone allo screening cervicale è maggiore fra le più istruite, fra coloro che riferiscono minori difficoltà economiche e fra le donne di cittadinanza italiana.

L'offerta dello screening organizzato riesce a ridurre le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: dai dati di copertura non emergono infatti differenze significative di ricorso allo screening per nessuna delle variabili presenti nel sistema, a conferma del buon consolidamento dei programmi nel territorio regionale e dell'equità dell'offerta.

Nonostante ciò, il 5% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening e l'9% di averlo fatto da più tempo del periodo raccomandato. La motivazione più frequentemente adottata per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno (22%) o di non aver avuto tempo (18%).

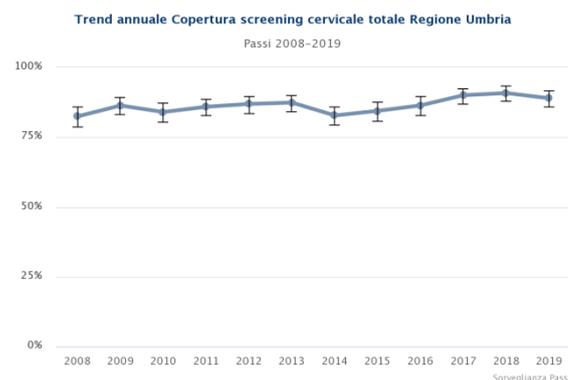
La copertura dello screening cervicale non è uniforme sul territorio nazionale: c'è un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle regioni del Sud Italia.

In questo contesto l'Umbria si conferma una delle regioni più virtuose, con un dato migliore rispetto al valore medio nazionale.

### Copertura screening cervicale totale per regione di residenza



Nel tempo si osserva in Umbria la tendenza ad un continuo aumento delle donne che effettuano lo screening cervicale all'interno dei programmi organizzati.



Lo stesso trend si osserva a livello nazionale confermando l'efficacia dei programmi di prevenzione organizzati offerti alla popolazione e ormai consolidati nel tempo.

L'intervento più efficace nel migliorare l'adesione allo screening, si conferma essere l'invio della lettera di invito da parte della Asl, associato al consiglio del medico/operatore sanitario.

## **Screening oncologici e pandemia**

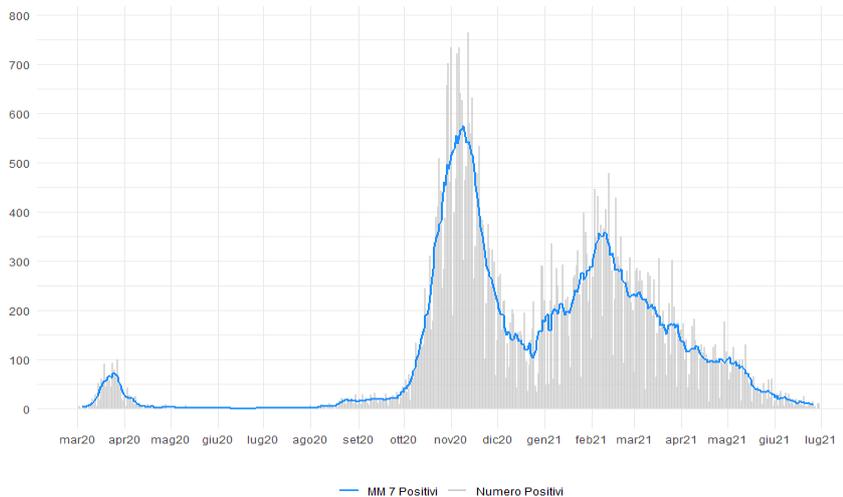
Come evidenziato dai dati di adesione riferiti al 2020, gli screening in Umbria hanno resistito molto bene all'impatto dell'epidemia, anche grazie allo sforzo imponente fatto nell'ultimo trimestre del 2020 per recuperare le prestazioni rimaste sospese. L'adesione ha subito un lieve calo (intorno al 10%) per lo screening cervicale e per quello colorettole, mentre a livello nazionale si sono registrati cali più consistenti dell'adesione (15-20%) per tutti e tre gli screening.

## Capitolo 7 - L'epidemia da SARS CoV2

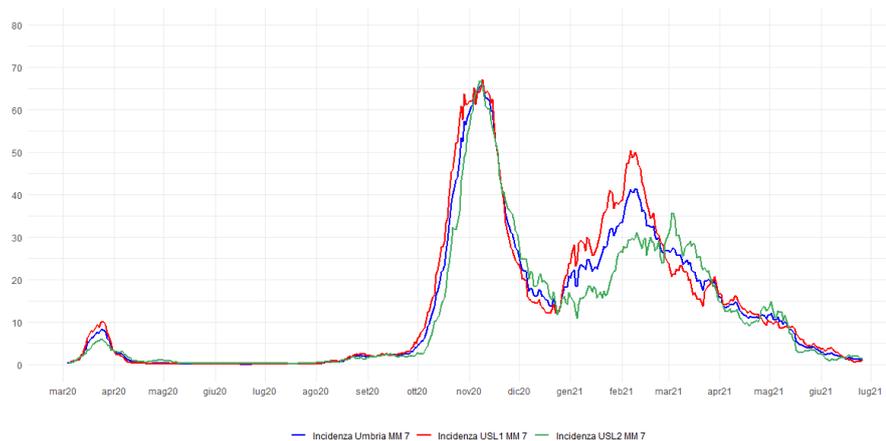
### Andamento dell'epidemia in Umbria

Secondo il Bollettino della protezione civile al 30 Giugno 2021 in Umbria avevano contratto complessivamente il SARS-CoV.2 56.853 soggetti con totale di 1.419 decessi e 54.707 guariti. La vaccinazione completa alla fine del primo semestre del 2021 è pari a 248.836 mentre le somministrazioni della prima dose sono pari a 514.917.

La prima ondata pandemica in Umbria non ha registrato un numero elevato di contagiati, il numero massimo di positivi al giorno è stato pari a 99 il 27 marzo 2020. Il picco massimo è stato raggiunto il 12 novembre 2020 in piena seconda ondata pandemica. L'andamento dell'epidemia in Umbria viene rappresentato con il numero dei casi positivi giornalieri e la relativa media mobile a 7 giorni dall'inizio della pandemia fino a fine giugno 2021.



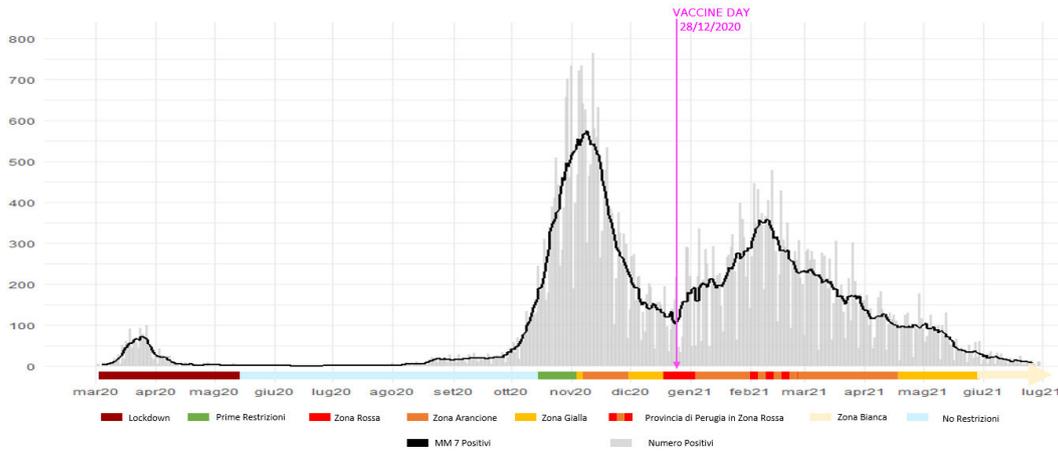
Per una lettura più corretta dell'evoluzione dell'epidemia viene utilizzata il tasso di incidenza per 100.000 abitanti giornaliera mobile a 7 giorni e il suo andamento nel tempo. L'incidenza dell'USL Umbria 2 è sempre inferiore durante la prima fase dell'epidemia ed anche nell'inizio della seconda fase fino a marzo 2021 rispetto all'USL Umbria 1.



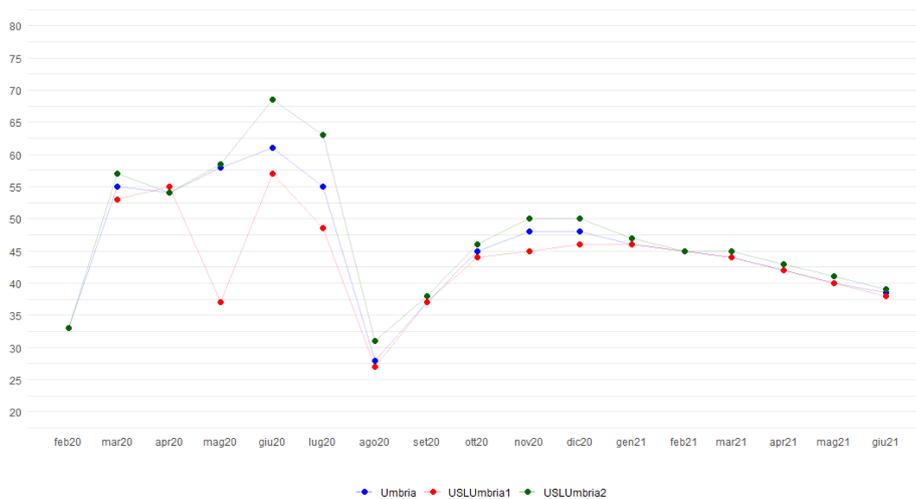
L'RDt ossia il tasso di contagiosità del Coronavirus ha raggiunto il picco massimo in Umbria tra il 27 luglio e il 3 agosto 2020, superando l'8,5 a partire dal 28 dicembre la curva tende ad avere un andamento decrescente fino al 30 giugno per poi risalire a partire dal 15 luglio 2021.

Mettendo in relazione le restrizioni imposte dai vertici nazionali e locali per fronteggiare l'emergenza sanitaria e l'andamento dei positivi giornalieri, possiamo evincere che le regole sono state un ostacolo per la diffusione del virus riscontrando un abbassamento del numero dei positivi in seguito all'applicazione del lockdown e in seguito alla chiusura della regione classificandola come regione "Rossa", anche se solamente sui focolai e le aree con più di 200

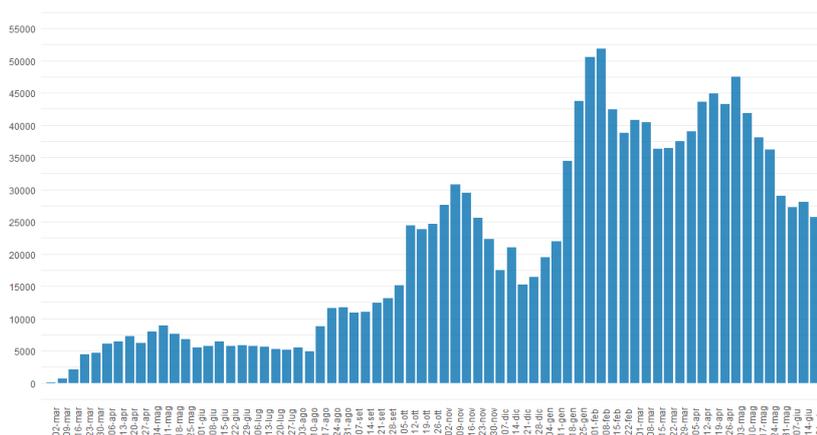
positivi per 100.000 abitanti, soprattutto nel periodo gennaio – marzo 2020 con la comparsa della variante brasiliana (prima regione in Italia) e poi con la variante Inglese o alfa. Al momento attuale luglio 2021 c'è una crescente diffusione della variante delta.



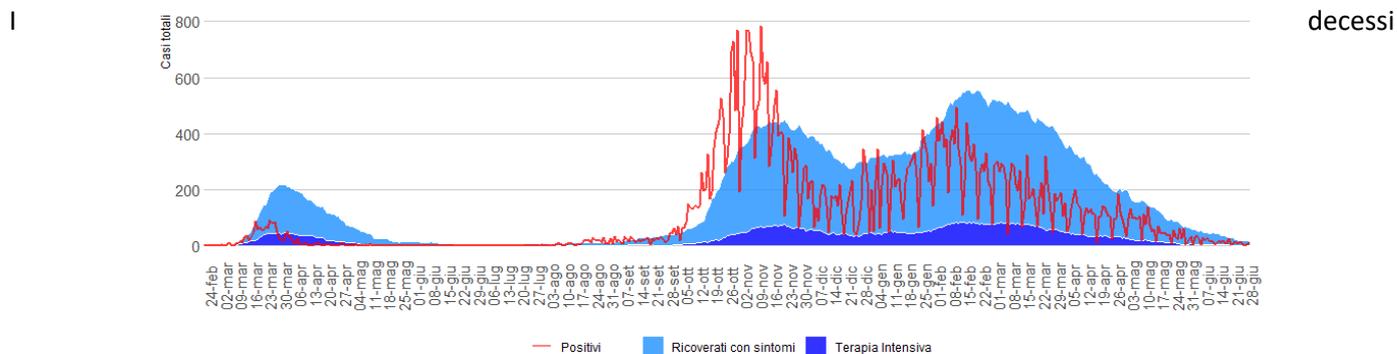
L'età mediana settimanale nella prima fase della pandemia, ossia metà marzo inizi aprile 2020, dove in Umbria il numero di positivi era tendenzialmente basso, oscillava tra i 45 e i 65 anni di età; nella seconda fase, con il boom dei casi nella regione, la fascia di età più colpita è stata tra i 45 e i 52 anni età; a fine giugno con la riduzione dei casi l'età mediana è tra i 28enni e i 55enni. A Luglio 2021 l'aumento dei casi positivi è completamente concentrato nella fascia giovanile tra i 14 e i 24 anni.



Il numero di tamponi effettuati al 30/06/2021 sono pari a 970.136 l'andamento è crescente. La settimana che si sono svolti più tamponi arrivando ad oltre 50.000 tamponi è stata la settimana che va dal 01/02/2021 al 08/02/2021.



Il grafico successivo mostra l'andamento delle ospedalizzazioni. L'andamento della curva dei ricoveri è in linea con quello della curva epidemica, con uno scostamento di circa 2 settimane. In Umbria il maggior impatto dell'epidemia si è avuto nei mesi di ottobre e dicembre in termini di ricoveri ordinari e in termini di terapia intensiva. L'aumento dei positivi comporta l'aumento delle ospedalizzazioni e a volte si verifica anche il trasferimento immediato alla terapia intensiva data dalle gravi conseguenze che comporta il Coronavirus.



giornalieri in Umbria causati dal coronavirus sono stati al massimo 21 il 20/11/2020 e la seconda ondata del Covid ha portato all'aumento dei decessi, condizione che nella prima fase dell'emergenza non è stata riscontrata nella regione con un totale di 43 decessi a fine luglio 2020. Anche l'andamento dei decessi conferma quindi, il maggior impatto della seconda ondata nella popolazione umbra.

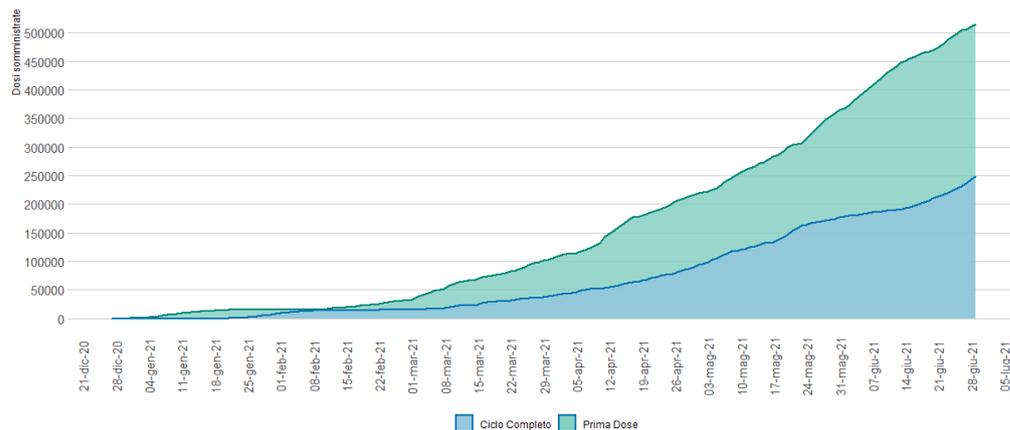


L'Umbria è la tredicesima regione d'Italia per numero di decessi registrati ogni 100 mila abitanti causati dal Covid, con 1419 decessi al 30/06/2021 ossia l'1% dei decessi registrati da Coronavirus in Italia dall'inizio della pandemia fino alla fine del primo semestre 2021.



Il 28 dicembre 2021 è stato un giorno importante per l'Umbria ossia il VACCINE-DAY. A partire dal giorno zero delle vaccinazioni al 30 giugno sono state somministrate 747.668 dosi di vaccino.

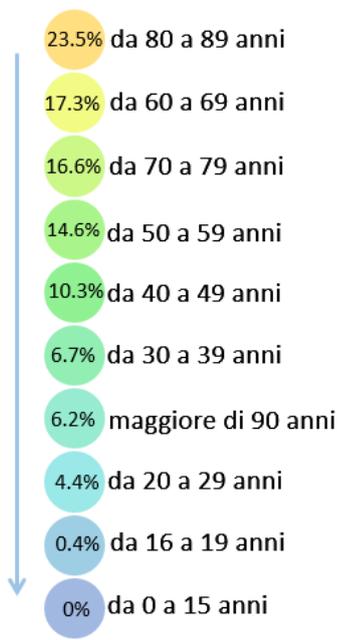
Raggiungendo a fine giugno oltre 250.000 di vaccinazioni a ciclo completo. A fine agosto 2021 si prevede la vaccinazione completa della popolazione aderente.



## PRIMA DOSE



## CICLO COMPLETO



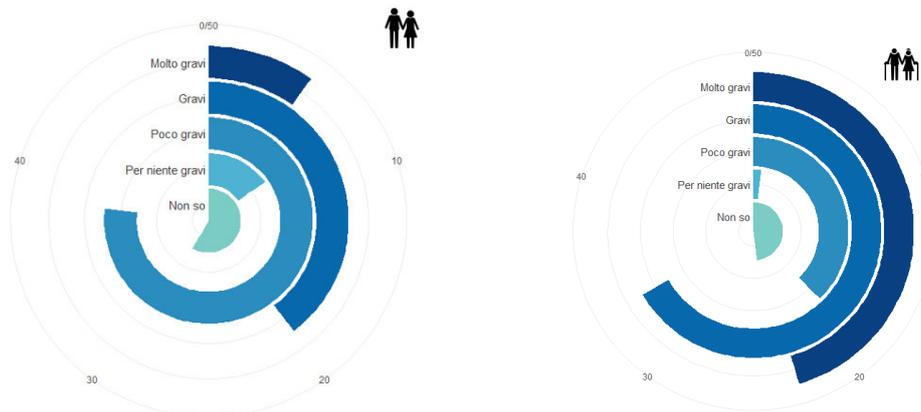
Il 20% delle prime dosi è stato somministrato alla classe d'età 50-59 anni, della stessa fascia di età tra i soggetti che hanno concluso il ciclo vaccinale sono solo il 14,6%.

Il 23,5% del ciclo completo vaccinale è stato somministrato ai soggetti con età compresa tra 80 e 89 anni, della stessa classe di età tra i soggetti che hanno effettuato la prima dose del vaccino sono solo il 12%.

### ***Focus dai sistemi di sorveglianza sulla percezione della popolazione***

Tra gli intervistati del sistema di sorveglianza Passi oltre il 38% degli intervistati crede che le conseguenze sulla salute in seguito al coronavirus siano poco gravi e solo il 4% è preoccupato per le conseguenze gravi sulla salute.

Tra gli intervistati del sistema di sorveglianza Passi d'Argento prevale la risposta "Gravi", ossia oltre il 33% degli intervistati ritiene che le conseguenze sulla salute possano essere preoccupanti. Il 22% degli intervistati ritiene che le conseguenze sulla propria salute possano essere molto gravi.



L'esperienza Covid è stata vissuta come un'esperienza dolorosa dal 41% delle donne tra i 18 e i 64 anni e dal 28% di quelle più anziane, mentre solo il 24% degli uomini ha avuto questo pensiero nei 30 giorni precedenti al questionario. Generalmente questo pensiero è più frequente fra le donne, fra le persone più mature e fra le persone socialmente più svantaggiate per difficoltà economica e per bassa istruzione.

Riguardo alla possibilità di ammalarsi, questa è considerata più probabile dai giovani adulti (oltre il 45%) tra i 18 e i 34 anni e dal 40% dai soggetti con età compresa tra 50 e 69 anni (40%), mentre le persone di età 35-49 anni e gli anziani ritengono per lo più poco probabile ammalarsi di Covid.

La percezione femminile e maschile è la stessa tra gli adulti, mentre tra gli anziani è più alta nelle donne.

Oltre l'85% degli intervistati del Passi sono "abbastanza" fiduciosi verso il contenimento della diffusione del Covid da parte del servizio territoriale locale USL mentre gli anziani fiduciosi verso i servizi sanitari locali sono meno dell'80% e oltre il 25% sono poco fiduciosi.

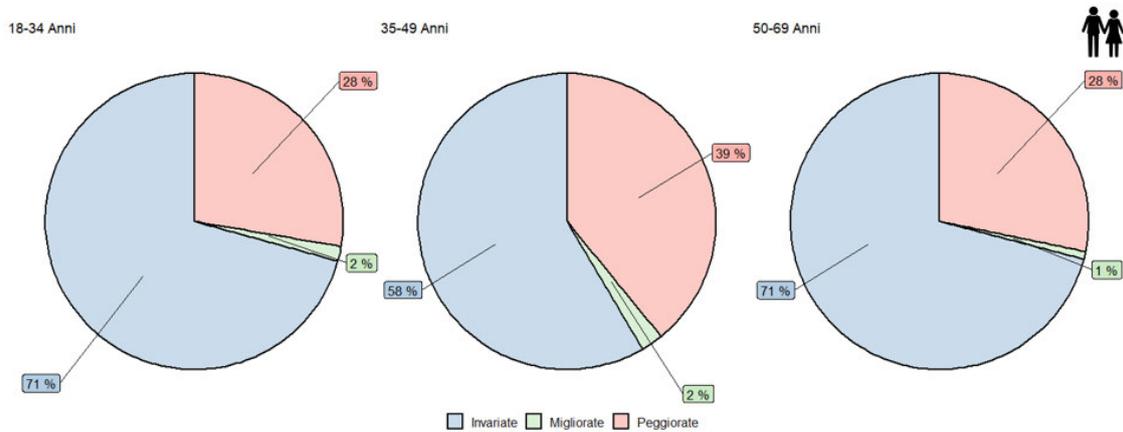
Il Covid preoccupa la popolazione sia dal lato economico che dal lato sanitario quindi i sistemi di sorveglianza hanno introdotto una sezione di domande che può contribuire a dare una valutazione sia dello stress psicologico per l'esperienza traumatica legata al Covid sia dell'ansia legata alla situazione di emergenza sanitaria.

Durante la pandemia il 14,2% del campione intervistato nel Passi ha lavorato in Smart Working mentre oltre il 36% ha smesso di lavorare perdendo il lavoro, sono rimasti in sede abituale solo il 39% degli intervistati.

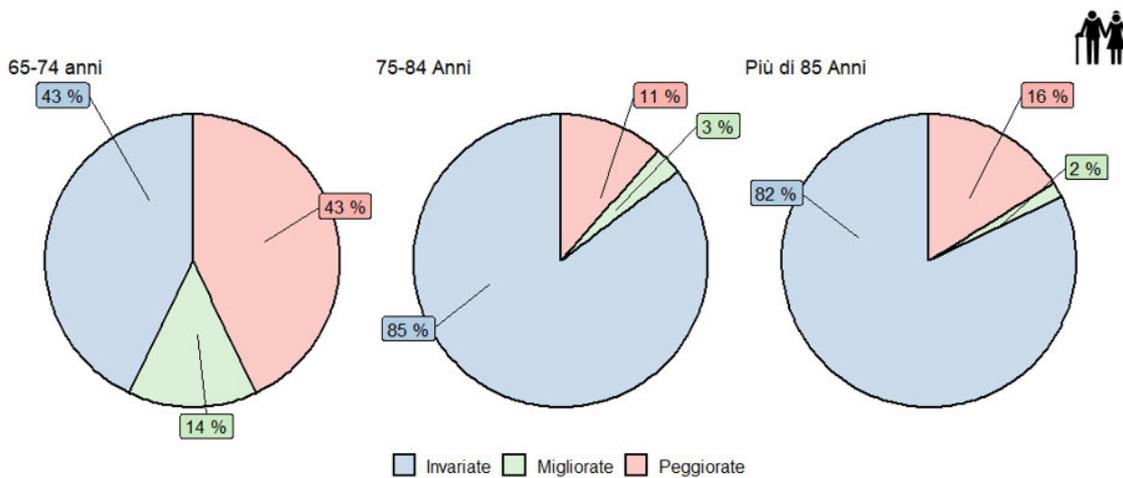


Dallo studio delle risorse economiche durante la pandemia, non si sono evidenziate differenze significative per genere e per età, anche se è maggiore la quota di donne che dichiarano di aver subito perdite a causa del Covid. Il 34% delle intervistate durante la pandemia ha smesso di lavorare mentre il 18% delle lavoratrici hanno iniziato a lavorare in smart working, sono rimaste in sede oltre il 38% delle donne. Il 38% degli uomini intervistati nel Passi hanno smesso di lavorare durante la diffusione del Coronavirus mentre oltre il 40% sono rimasti a lavoro nella sede abituale.

Le risorse economiche durante la pandemia sono peggiorate per il 28% dei giovani adulti (18-34 anni), per il 39% tra i 35 e i 49 anni, mentre sono rimaste invariate per il 71% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni. L'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative nella popolazione adulta mette in luce il peggioramento delle disponibilità economiche imputabile alla crisi da Covid-19.



Tra gli anziani, il 43% degli intervistati tra 65-74 anni hanno risposto che le finanze sono rimaste invariate e il 14% hanno riscontrato un miglioramento delle finanze; tuttavia il dato preoccupante è il peggioramento delle finanze nel 43%. Le finanze sono rimaste invariate in oltre l'80% degli intervistati con più di 75 anni.

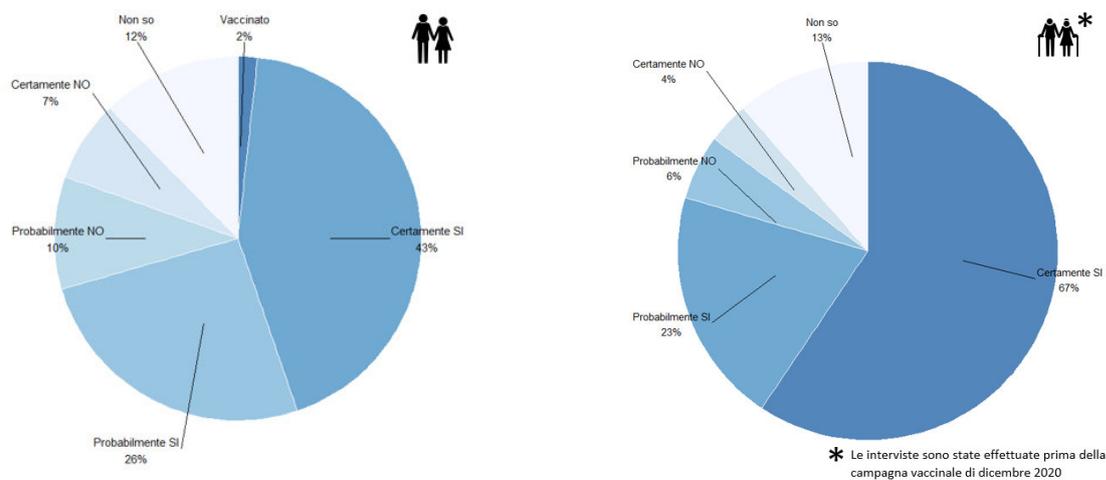


La crisi economica è dovuta ad un aumento delle spese da sostenere per le nuove necessità legate alla situazione di emergenza (acquisto dei dispositivi di protezione individuale, disinfettanti e ricorso a visite private, aiuto offerto a familiari in difficoltà economiche per la pandemia).

La rinuncia alle cure mediche o all'effettuazione di esami diagnostici è un aspetto importante da non sottovalutare dal momento che l'emergenza sanitaria impone che molte risorse disponibili nel servizio sanitario nazionale siano impegnate nella gestione dell'epidemia. La diffusione del coronavirus ha alimentato timore di contagio nei cittadini inducendo alla rinuncia volontaria e a un rinvio nel tempo delle visite mediche o degli esami diagnostici. Nei 12 mesi precedenti all'intervista il circa il 50% degli intervistati hanno dichiarato di aver rinunciato alle visite.

Il 39% degli anziani intervistati dichiara di aver rinunciato nell'ultimo anno ad almeno una visita medica di cui avrebbe avuto bisogno per timore del Covid, il 34% ha dovuto rinunciare perché i servizi erano stati temporaneamente sospesi.

Per quanto riguarda la disponibilità a vaccinarsi, oltre il 40% degli adulti è convinto di effettuare la vaccinazione Covid, il 26% è propenso alla vaccinazione mentre il 7% non effettuerà il vaccino. Tra gli anziani il 67% degli intervistati farebbe il vaccino senza esitazione.



E' necessario, tuttavia, sottolineare che i dati rappresentati sono stati raccolti nel periodo settembre - dicembre 2020.

## Capitolo 8 - La sicurezza alimentare

L'attività di controllo in tema di sicurezza alimentare si sviluppa nell'ambito del Piano dei Controlli Regionali Pluriennali della Regione Umbria, articolato in una serie di programmi e progetti sviluppati, in coerenza con quanto previsto nel "Piano dei Controlli Nazionale Pluriennale (PCNP) 2020-2022" approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 16/CSR). L'assetto del piano pluriennale è stato mantenuto sostanzialmente invariato rispetto al Piano Nazionale Integrato dei Controlli che lo ha preceduto.

Il Piano Regionale viene annualmente rivisto, integrato e rimodulato in funzione dei risultati dell'anno precedente o per ottemperare a precise indicazioni ministeriali o comunitarie.

Ogni anno vengono eseguiti circa 1.020 campioni di alimenti e 265 tamponi per indagare i pericoli per il consumatore.

A questi si aggiungono i circa 109.750 campioni per la ricerca della *Trichinella spp* nelle carni degli animali recettivi (suini, cinghiali, equini).

Le indagini previste nel Piano dei Controlli Regionali Pluriennali ai fini della prevenzione delle tossinfezioni alimentari sono le seguenti:

### **Controllo microbiologico dei parametri di Sicurezza Alimentare**

Le ricerche previste nel piano sono state definite in funzione dei parametri microbiologici presenti nel Regolamento CE 2073/2005. Le positività riscontrate hanno confermato che *Salmonella spp.* rimane tra i pericoli microbiologici maggiormente significativi, in particolare su determinate categorie di alimenti rappresentati, in ordine decrescente di frequenza, da carni di pollame, salsicce, salame, formaggio a latte crudo.

L'altro pericolo microbiologico più frequentemente riscontrato è rappresentato da *Listeria Monocytogenes* che è stato rilevato sia in prodotti Ready To Eat (RTE) (prosciutto cotto e patè di fegato) che in altri alimenti di origine animale (formaggio e salsiccia stagionata).

Con un'incidenza minore sono state riscontrate positività per *Campylobacter*, *Bacillus Cereus*, Stafilocchi coagulasi positivi, *Escherichia Coli*, *Yersinia Enterocolitica* sia in alimenti di origine animale che di origine vegetale ed in prodotti misti come la pasticceria.

I dati del controllo sui criteri di sicurezza alimentare dal punto di vista microbiologico farebbero pensare che i problemi maggiori siano legati alla presenza di *Salmonella* e *Listeria* negli alimenti ma non sarebbero perfettamente in linea con i report di EFSA che vedono tra i microrganismi agenti di MTA considerati in crescita negli ultimi anni il *Campylobacter spp* il quale viene considerato il microrganismo maggiormente responsabile di malattie legate ad alimenti nei paesi dell'Unione Europea.

Poiché l'Umbria è una Regione in cui la norcineria rappresenta un valore importante per l'economia e la tipicità territoriale una filiera che viene tenuta particolarmente sotto controllo è quella suinicola.

In base al Reg. CE 2073/2005 vengono eseguiti tamponi sulle carcasse suine al fine di valutare la contaminazione da *Salmonella* e negli ultimi anni la positività è risultata tra l'8,4% ed 12,5% con oscillazioni annuali che non hanno evidenziato trend significativi in diminuzione. Questo risulterebbe in linea con le positività che poi vengono riscontrate negli insaccati suini.

Una zoonosi alimentare su cui si è concentrata l'attenzione negli ultimi tempi è l'epatite E per il consumo di insaccati con carne di cinghiali cacciati.

Il cinghiale è una specie che oramai ha i caratteri dell'invasività e per questo ha assunto un ruolo importante nell'epidemiologia di alcune zoonosi anche alimentari visto il largo consumo di carni in Umbria. Lo sviluppo di alcuni focolai di epatite E in cacciatori fa pensare che potrebbe risultare utile avviare un piano di monitoraggio al fine di colmare l'attuale gap di conoscenza relativo a tale pericolo alimentare.

### ***Controllo della presenza di parassiti nei pesci di acqua dolce***

Anche i pesci di acqua dolce possono rappresentare causa di zoonosi alimentari per la presenza di parassiti incistati nelle loro carni. L'aumento di interesse verso queste zoonosi è dovuto sia all'aumento significativo di infestazione dei pesci del Lago Trasimeno sia per la segnalazione di alcuni casi umani che ne hanno evidenziato il carattere zoonosico. Nell'ambito del Piano dei Controlli Regionali Pluriennali è stato previsto un apposito monitoraggio con una serie di campionamenti inizialmente di diverse specie pescate e successivamente ci si è concentrati in quelle che hanno maggiormente evidenziato la presenza dei parassiti.

Nel corso degli ultimi 5 anni si è passati da positività intorno al 4% in alcune specie ittiche fino ad arrivare all'attuale 60 % inoltre è stato appurato anche il ruolo di uccelli ittiofagi, oramai diventati stanziali sulle rive del Lago Trasimeno, nel ciclo biologico di alcuni parassiti.

### ***Ricerca di allergeni negli alimenti***

La valutazione della presenza di componenti di natura chimica ad attività allergizzante negli alimenti costituisce un elemento di crescente interesse, in virtù dell'aumentato numero di soggetti allergici o intolleranti. La diffusione dell'utilizzo di additivi o di adiuvanti tecnologici, così come le possibili contaminazioni crociate nelle filiere produttive degli alimenti, rendono necessario un attento controllo del fenomeno.

Nello svolgimento del piano sono stati presi in considerazione la presenza di sostanze allergeniche negli alimenti e le non conformità registrate sono risultate quasi esclusivamente presenza di soia non dichiarata in etichetta.

### ***Controllo sui residui di prodotti fitosanitari in alimenti di origine vegetale e di residui di antiparassitari in alimenti di origine vegetale ed animale***

Il monitoraggio per la presenza di residui di prodotti fitosanitari effettuato nel periodo di riferimento ha riguardato numerosi campionamenti previsti su diverse categorie di alimenti di origine vegetale prodotte sia a livello regionale che extraregionale, quali cereali, ortaggi e frutta. Non è stata rilevata alcuna non conformità.

Il piano di monitoraggio delle molecole antiparassitarie sugli alimenti, già in essere da molti anni, è stato riconsiderato in attuazione del Programma comunitario coordinato di controllo pluriennale destinato a garantire il rispetto dei limiti massimi e valutare l'esposizione dei consumatori ai residui di antiparassitari nei prodotti alimentari di origine vegetale ed animale.

Anche in questo caso la situazione registrata in funzione dei risultati analitici ottenuti può far pensare alla presenza di un livello di rischio estremamente basso. Le non conformità rilevate, infatti, in quattro anni di attività sono state inferiori all'1,0% dei campioni saggiati.

### ***Ricerca di micotossine negli alimenti***

Il ventaglio di matrici sottoposte a controllo per il presente piano è stato piuttosto ampio, andando a ricomprendere gli alimenti per la prima infanzia, il vino imbottigliato, la frutta secca e a guscio, le spezie, ecc. Negli ultimi anni non sono state riscontrate non conformità.

### ***Stato dell'arte***

Il sistema dei controlli sulla filiera alimentare è molto complesso sia a livello nazionale, che nei diversi territori regionali. Inoltre va considerato che sono numerosi gli Enti coinvolti nell'effettuazione dei controlli: il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle rispettive competenze, sono le Autorità competenti designate, ai sensi dell'articolo 4 del D. Lgs. 27/2021, con l'aggiunta dei NAS dei Carabinieri da considerare come vero e proprio braccio operativo del Ministero della Salute. Sulla filiera alimentare intervengono però anche il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (Ispettorato Repressione Frodi), le Capitanerie di porto e il Corpo Forestale, ed altri Enti che si occupano di

condizionalità, le autorità doganali e della Guardia di Finanza. Naturalmente tutto ciò determina spesso sovrapposizione tra le varie autorità di controllo, con conseguente disomogeneità nell' approccio e differenze anche sostanziali nell'esito del controllo. Bisogna però ricordare che l'obiettivo fondamentale anche se non l'unico dei Controlli Ufficiali è prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, sia nel caso di rischi diretti, che in quello dei rischi veicolati dall'ambiente e che, come nel caso della salute nei luoghi di lavoro, anche qui l'attività di controllo svolta dai Servizi Veterinari e Medici impatta con il tessuto produttivo della regione. Per questa ragione è importante garantire, come sistema sanitario, prestazioni di un alto livello qualitativo che possono essere raggiunte solo con una formazione continua degli operatori sanitari.

## Capitolo 9 - La salute animale

La sorveglianza epidemiologica è essenziale per la prevenzione ed il controllo delle malattie animali e delle zoonosi. Per la programmazione e la gestione efficace di un qualsiasi sistema di sorveglianza e per l'attuazione di programmi di controllo o eradicazione delle malattie animali è fondamentale conoscere la situazione sanitaria del patrimonio zootecnico e la sua distribuzione nel territorio.

I programmi di sorveglianza e monitoraggio sono messi in atto per fronteggiare le malattie presenti sul territorio, gestire le azioni da intraprendere in risposta alla comparsa/emergenza di una nuova infezione in modo efficace ed efficiente, oltre che dimostrare l'assenza di determinate malattie sul territorio nazionale e generare le informazioni necessarie per l'analisi del rischio.

### Popolazione animale: allevamenti in Umbria

I dati relativi agli allevamenti umbri analizzati di seguito, sono stati estratti dalla Banca Dati Nazionale (BDN) dell'Anagrafe zootecnica, istituita dal Ministero della Salute presso il Centro Servizi Nazionale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise.

In Umbria gli allevamenti presenti in BDN aperti al 31 dicembre 2020 sono risultati 15.803.

Il numero di allevamenti bovini e bufalini è riferito al numero di allevamenti aperti con almeno un capo mentre per le altre specie animali il numero di allevamenti è attribuito al numero di allevamenti aperti.

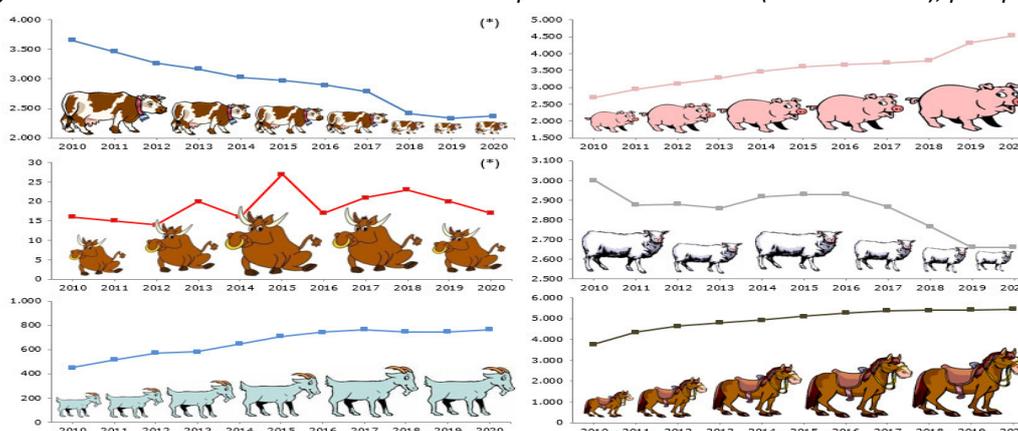
Nel dettaglio gli allevamenti aperti per specie animale e per anno (31 dicembre 2010 - 31 dicembre 2020) sono riportati nella tabella 38 e nella figura 78.

Nella Tabella 39e nella Figura 2 il numero di allevamenti aperti al 31 dicembre 2020 stratificati per le 2 Aziende USL di competenza del territorio umbro e per specie animale.

Tab. 38 - Numero di allevamenti aperti dal 2010 al 2020 (al 31 dicembre), per specie.

ALLEVAMENTI	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BOVINI*	↓ 3.656	↓ 3.459	↓ 3.265	↓ 3.167	↓ 3.028	↓ 2.970	↓ 2.892	↓ 2.785	↓ 2.417	↓ 2.329	↑ 2.372
BUFALINI*	↑ 16	↓ 15	↓ 14	↑ 20	↓ 16	↑ 27	↓ 17	↑ 21	↑ 23	↓ 20	↓ 17
SUINI	↑ 2.690	↑ 2.937	↑ 3.110	↑ 3.275	↑ 3.464	↑ 3.612	↑ 3.673	↑ 3.723	↑ 3.792	↑ 4.313	↑ 4.527
OVINI	↓ 3.000	↓ 2.875	↑ 2.880	↓ 2.858	↑ 2.918	↑ 2.929	↑ 2.930	↓ 2.866	↓ 2.766	↓ 2.662	⇒ 2.662
CAPRINI	↑ 450	↑ 517	↑ 571	↑ 580	↑ 648	↑ 709	↑ 744	↑ 766	↓ 747	⇒ 747	↑ 766
EQUINI	↑ 3.760	↑ 4.354	↑ 4.635	↑ 4.794	↑ 4.937	↑ 5.112	↑ 5.266	↑ 5.384	↑ 5.395	↑ 5.421	↑ 5.459
<b>TOTALE</b>	<b>13.572</b>	<b>14.157</b>	<b>14.475</b>	<b>14.694</b>	<b>15.011</b>	<b>15.359</b>	<b>15.522</b>	<b>15.545</b>	<b>15.140</b>	<b>15.492</b>	<b>15.803</b>

Fig. 78 - Distribuzione del numero di allevamenti aperti dal 2010 al 2020 (al 31 dicembre), per specie.



Tab. 39 - Numero di allevamenti aperti suddivisi per USL al 31 dicembre 2020 (% sul totale colonna).

AZIENDA USL		ALLEV. BOVINI*	ALLEV. BUFALINI*	ALLEV. OVINI	ALLEV. CAPRINI	ALLEV. SUINI	ALLEV. EQUIDI
<b>AZIENDA UMBRIA 1</b>	<b>USL</b>	1.073 (45%)	11 (65%)	1.022 (38%)	375 (49%)	2.266 (50%)	2.716 (50%)
<b>AZIENDA UMBRIA 2</b>	<b>USL</b>	1.299 (55%)	6 (35%)	1.640 (62%)	391 (51%)	2.261 (50%)	2.743 (50%)
<b>TOTALE ALLEVAMENTI</b>		<b>2.372</b>	<b>17</b>	<b>2.662</b>	<b>766</b>	<b>4.527</b>	<b>5.459</b>

\* aperti con almeno un capo

### ***Dati sanitari veterinari nel triennio 2017 – 2019***

I dati umbri relativi alle prove derivano principalmente dal Sistema Informativo Gestione Laboratori Analisi (SIGLA) dell'IZSUM validati dal personale dell'Unità Operativa Sistemi Informativi Sanitari e Anagrafe ed elaborati dall'Unità Operativa Semplice Valenza Dipartimentale Osservatorio Epidemiologico dell'IZSUM.

Si è contato le aziende una sola volta, eliminando eventuali duplicati. In caso di aziende negative, analizzate più volte ha fatto fede l'ultima data di controllo, mentre in caso di positività si è considerata la data del prelievo risultato poi positivo.

La data di riferimento per aggregare i dati su base annuale è stata quella del prelievo del campione e non quella dell'emissione del rapporto di prova. Questo ha determinato che, per esempio, un capo positivo esaminato alla fine di un anno ma con la segnalazione e quindi refertazione all'inizio dell'anno immediatamente successivo venisse conteggiato tra i positivi dell'anno in cui è stato fatto il prelievo (quello precedente). Lo stesso procedimento è stato adottato sia per le aziende sia per i capi.

I campioni non idonei (Reg. CE 999/2001, All.10 Cap. C, punto 1) sono stati eliminati sia dal conteggio del numeratore sia dal conteggio del denominatore di proporzioni e tassi stimati.

I dati umbri relativi alle prove sierologiche per la brucellosi bovina, brucellosi ovi-caprina, leucosi e tubercolosi derivano dal Sistema Informativo Veterinario istituito dal Ministero della Salute e sono stati forniti in forma di report dalla Regione Umbria.

### ***Brucellosi bovina***

Nella tabella 40 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi bovini testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per brucellosi bovina. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 40 - Patrimonio zootecnico bovino controllabile e percentuali testate per tubercolosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
<b>2017</b>	1.411	29.281	460	8.440	32,6%	28,8%
<b>2018</b>	1.397	33.536	391	5.360	28,0%	16,0%
<b>2019</b>	1.371	32.153	423	7.549	30,9%	23,5%

\* aziende e capi bovini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento.

### Brucellosi ovi-caprina

Nella tabella 41 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi (ovini e caprini) testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per brucellosi ovi-caprina. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 11 - Patrimonio zootecnico ovi-caprino controllabile e percentuali testate per tubercolosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	3.372	107.776	914	16.212	27,1%	15,0%
2018	2.954	103.644	889	14.965	30,1%	14,4%
2019	2.834	102.553	872	17.237	30,8%	16,8%

\* aziende e capi ovi-caprini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento

### Tubercolosi bovina

Nella tabella 42 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi bovini testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per tubercolosi. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 42 - Patrimonio zootecnico bovino controllabile e percentuali testate per tubercolosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	1.411	45.380	482	15.612	34,2%	34,4%
2018	1.397	45.582	381	39.089	27,3%	85,8%
2019	1.371	43.861	418	11.988	30,5%	27,3%

\* aziende e capi bovini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento

### Leucosi bovina

Nella tabella 43 sono riportate per ciascun anno le percentuali di aziende e capi bovini testati rispetto all'intero patrimonio regionale controllabile (ammissibile al programma) per leucosi. Nel periodo non sono state registrate positività in Umbria.

Tab. 43 - Patrimonio zootecnico bovino controllabile e percentuali testate per leucosi (2017-2019).

Anni	Totale Umbria*		Testati		% testata	
	Aziende	Capi	Aziende	Capi	Aziende	Capi
2017	1.411	29.281	460	8.440	32,6%	28,8%
2018	1.397	33.536	391	5.360	28,0%	16,0%
2019	1.371	32.153	423	7.549	30,9%	23,5%

\* aziende e capi bovini controllabili (ammissibili al programma) presenti al 31 dicembre dell'anno di riferimento

### Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE)

In Umbria dal 2017 al 2019 il numero di aziende testate per BSE è rimasto pressoché costante. I capi bovini e bufalini testati nel triennio sono stati complessivamente 1.631; tutti gli animali controllati sono risultati negativi per BSE (tab. 44).

Tab. 44 - Capi e aziende testate per BSE in Umbria dal 2017 al 2019.

Anni	Az. testate	Capi testati
2017	275	522
2018	275	589
2019	278	520

#### Anemia Infettiva Equina (AIE)

In Umbria nel periodo 2017-2019 non si sono verificati focolai di AIE.

Sono state controllate negli anni rispettivamente 529, 528 e 596 aziende e sono stati testati 2.106, 2.268 e 2.769 capi.

#### Arterite Virale Equina (AVE)

In Umbria le prevalenze soprattutto di capi sono rimaste omogenee nel corso dei tre anni in studio (tab. 45). Nessuno dei capi siero positivi (tutti stalloni) è risultato eliminatore di virus attraverso lo sperma.

Tab. 45 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per AVE nel triennio 2017-2019.

Anni	Az. positive Az. testate	Prevalenza grezza azienda	Capi positivi Capi testati	Prevalenza grezza capi
2017	4 125	3,2%	4 230	1,7%
2018	1 120	0,8%	1 206	0,5%
2019	2 105	1,9%	2 199	1,0 %

#### Malattia di Aujeszky

Nel corso dell'ultimo triennio solo per il 2018 la prevalenza nelle aziende è risultata in leggero aumento rispetto all'anno precedente; nel 2019, anno in cui per l'applicazione del nuovo piano è stato testato un numero maggiore di campioni, sia per le aziende che per capi, la prevalenza è diminuita con valori di 2,22% e 0,15% rispettivamente (tab. 46).

Tab. 46 - Prevalenza grezza di aziende e capi in Umbria per la malattia di Aujeszky nel triennio 2017-2019.

Anni	Az. positive Az. testate	Prevalenza grezza aziende	Capi positivi Capi testati	Prevalenza grezza capi
2017	13 477	2,73%	76 8.951	0,85%
2018	15 476	3,15%	55 8.304	0,66%
2019*	13 584	2,22%	40 26.146	0,15%

\* attività monitoraggio sierologico intensificata a seguito dell'applicazione del Piano Regionale

### Malattia Vescicolare del Suino (MVS)

In Umbria, nel triennio 2017-2019 non si sono verificati focolai di MVS. Sono stati tuttavia rilevati dei capi «singleton reactors»: 9 suini nel 2017, 10 suini nel 2018 e 3 suini nel 2019.

Il numero di aziende controllate nei tre anni è stato di 488, 482 e 485 mentre il numero di capi è stato pari a 15.813, 14.875 e 13.034.

### Peste Suina classica (PSC)

In Umbria dal 2017 al 2019 il numero di aziende testate per PSC è rimasto pressoché costante. Il numero dei capi testati è rimasto molto simile nei primi due anni mentre nel terzo anno c'è stato un aumento dei capi controllati (tab. 47); tutti gli animali controllati sono risultati negativi per PSC.

Tab. 47 - Capi e aziende testate per PSC in Umbria dal 2017 al 2019.

Anni	Az. testate	Capi testati
2017	472	3.782
2018	469	3.952
2019	470	6.100

### Scrapie

I risultati riguardanti il piano di sorveglianza per la scrapie sono illustrati nella tabella 48.

I capi controllati nel periodo 2017-2019 sono stati complessivamente 1.662, di cui 3 sono risultati positivi (3 femmine di specie ovina).

Tab. 48 - Prevalenza grezza di scrapie per capi e aziende in Umbria dal 2017 al 2019.

Anni	Az. positive Az. testate	Prevalenza azienda	grezza	Capi positivi Capi testati	Prevalenza grezza capi
2017	0	0%		0	0%
	272			458	
2018	1	0,3%		1	0,2%
	304			577	
2019	2	0,7%		2	0,3%
	291			627	

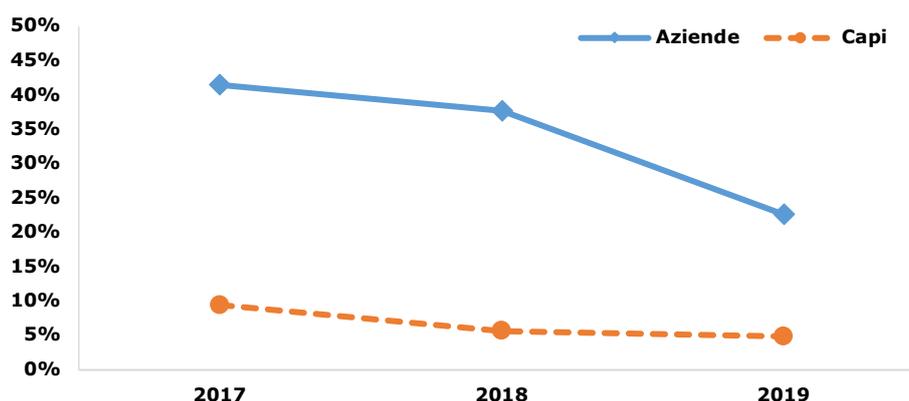
### Febbre catarrale degli ovini (Blue tongue)

In Umbria il Piano di sorveglianza sierologica ed entomologica è stato attuato in modo costante dal 2001 ad oggi. Per quanto riguarda la sorveglianza sierologica nell'ultimo triennio (2017-2019) la prevalenza della malattia in Umbria è diminuita sia nelle aziende che nei capi: mediamente -9,4% nelle aziende e -2,3% nei capi testati (fig. 79).

Il numero di aziende testate ha subito una lieve diminuzione nel 2018: 53 aziende nel 2017 (22 positive), 45 nel 2018 (17 positive) e 53 nel 2019 (12 positive).

I capi controllati nel periodo 2017-2019 sono stati complessivamente 745, positivi nel triennio rispettivamente 65, 31 e 27.

Fig. 79 - Prevalenza grezza di aziende e capi positivi in Umbria per la Blue tongue dal 2017 al 2019.



### Influenza aviaria

In Umbria dal 2017 al 2019 il numero di aziende testate per Influenza Aviaria è rimasto pressoché costante. Quasi 11.700 sono stati i capi avicoli testati complessivamente nel triennio; tutti gli animali controllati sono risultati negativi per influenza aviaria sottotipi H5 e H7.

### West Nile

In Umbria, nel triennio 2017-2019 non si sono verificati focolai di West Nile Disease (tab. 49).

Nel biennio 2017-2018 le attività di monitoraggio sierologico hanno riguardato esclusivamente gli equidi. A seguito di una positività riscontrata (caso sospetto successivamente non confermato dal CESME), nel 2018 si osserva un incremento delle aziende testate rispetto all'anno precedente: su 127 aziende, 33 sono state campionate in quanto ubicate nel raggio di 4 km dall'azienda del cavallo risultato positivo.

Nel 2019 in conseguenza delle variazioni introdotte nel Piano Nazionale, il monitoraggio sierologico in Umbria è stato condotto su un campione di allevamenti avicoli rurali o all'aperto. Sono state dunque testate complessivamente 123 aziende avicole per un totale di 685 capi. Inoltre, nell'ambito della sorveglianza clinica negli equidi sono stati testati 25 cavalli appartenenti ad un'unica azienda.

Tab. 49 - Prevalenza grezza di aziende e capi (equini e avicoli) in Umbria per WNV nel triennio 2017-2019.

Anni	Az. positive		Prevalenza grezza azienda	Capi positivi		Prevalenza grezza capi
	Az. testate			Capi testati		
2017	0	—	0%	0	—	0%
	99	—		243	—	
2018	0	—	0%	0	—	0%
	127	—		329	—	
2019	0	—	0%	0	—	0%
	124	—		710	—	

In Umbria, sino al 2018 incluso, il Piano Nazionale prevedeva la sorveglianza entomologica esclusivamente a seguito di positività. A partire dal 2019 viene introdotta anche in Umbria la sorveglianza entomologica programmata.

Nel complesso del triennio 2017-2019 non sono state rilevate positività per West Nile Disease negli insetti.